49

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen : M. LANDOUZY.

Professeurs

Anatomie	MM. NICOLAS.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	WEISS.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	ACHARD.
Pathologie médicale	WIDAL. / TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS.
Anatomie pathologique	Pierre MARIE.
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	Auguste BROCA.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	MARFAN.
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	DEBOVE. / LANDOUZY. / GILBERT. / CHAUFFARD.
Maladies des enfants	HUTINEL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	DELBET. / QUENU. / RECLUS. / HARTMANN.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	BAR. / PINARD. / Ribemont-Dessaignes.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.	MM.
ALGLAVE	GUENIOT	LÉRI	RICHAUD
BERNARD	GUILLAIN	LŒPER	ROUSSY
BRANCA	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRUMPT	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SAUVAGE
CAMUS	LABBÉ (H.)	MULON	SCHWARTZ
CASTAIGNE	LANGLOIS	NICLOUX	SICARD
CHAMPY	LAIGNEL-LAVASTINE	NOBECOURT	TANON
CHEVASSU	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
COUVELAIRE	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN
GRÉGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1913 — N° —

THÈSE

POUR

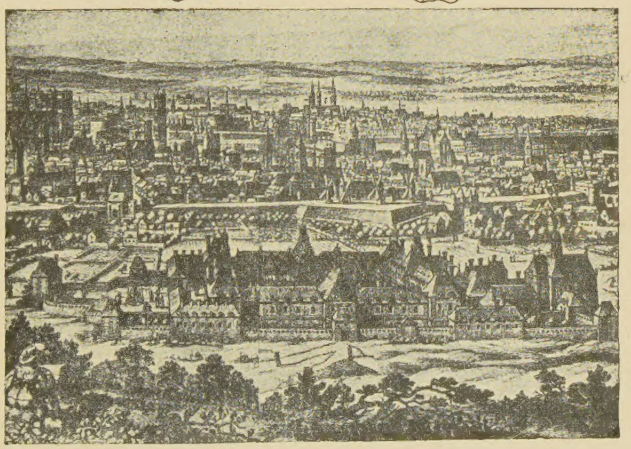
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

MAURICE GUIBERT

ANCIEN EXTERNE DE L'HÔPITAL SAINT-LOUIS
ANCIEN ÉLÈVE DE L'INSTITUT PASTEUR
Né à Tours, le 13 janvier 1887

REVUE GÉNÉRALE SUR L'ERYTHÈME INDURÉ DE BAZIN



L'Hospital Saint-Louis en 1620

Président : M. ERNEST GAUCHER, *professeur*

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

AMÉDÉE LEGRAND

36, RUE SERPENTE, 36

1913

A MES PARENTS

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/revuegeneralesur0021maur

A MES MAÎTRES DE L'HÔPITAL DE TOURS

d'externat 1907-1908

MONSIEUR LE PROFESSEUR BARNSBY

Chirurgien en chef de l'Hôpital
Membre correspondant de la Société de Chirurgie

MONSIEUR LE PROFESSEUR SUPPLÉANT TILLAYE

d'externat 1908-1909

MONSIEUR LE PROFESSEUR MEUNIER

Médecin en chef de l'Hôpital

MONSIEUR LE PROFESSEUR SUPPLÉANT GAUDEAU

MONSIEUR LE DOCTEUR GILLARD

MONSIEUR LE PROFESSEUR LAPEYRE

Chirurgien en chef de l'Hôpital

A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE TOURS

MESSIEURS LES PROFESSEURS MEUNIER MERCIER
BARNSBY, PARISOT, THIERRY

MONSIEUR LE PROFESSEUR SUPPLÉANT GAUDEAU

MESSIEURS LES CHEFS DE TRAVAUX PRATIQUES

ANDRÉ ET VIALLE

A MONSIEUR LE DOCTEUR FAIX

Chef de travaux pratiques

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

Stage 1909-1910

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CASTAIGNE

Médecin des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR PATER

Externat 1910-1911

MONSIEUR LE DOCTEUR MOREL LAVALLÉE

Médecin de la Charité

MONSIEUR LE DOCTEUR GUILLEMOT

Médecin des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR DEGUY

MONSIEUR LE DOCTEUR ÉMILE SERGENT

Médecin de la Charité

Externat 1911-1912

MONSIEUR LE DOCTEUR THIBIERGE

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis
Chevalier de la Légion d'Honneur

MONSIEUR LE DOCTEUR RAVAUT

Médecin des Hôpitaux

Externat 1912-1913

MONSIEUR LE DOCTEUR GUINON

Médecin de l'Hôpital Bretonneau
Chevalier de la Légion d'Honneur

MONSIEUR LE DOCTEUR POTOCKI

Accoucheur de la Nouvelle Pitié
Chevalier de la Légion d'Honneur

A MES MAÎTRES

DE L'INSTITUT PASTEUR

1912-1913

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GAUCHER

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis
Chevalier de la Légion d'Honneur

Qu'il veuille bien recevoir l'hommage de ma profonde reconnaissance pour l'honneur qu'il m'a fait d'accepter la présidence de cette thèse.

AVANT-PROPOS

Nous ne saurions commencer ce travail sans dire toute notre reconnaissance à notre maître, M. le docteur Thibierge, qui a bien voulu non seulement nous l'inspirer mais nous guider de sa science pour son achèvement.

Qu'il nous soit permis de rappeler l'enseignement savant en même temps que l'exemple parfait de probité, de conscience et d'exactitude médicales qu'il nous a été donné d'apprécier et d'admirer dans son service.

Qu'il daigne accepter ici l'hommage de notre entier dévouement.

Que ceux qui ont guidé nos premières études ne soient point oubliés et que nos maîtres de l'hôpital de Tours veuillent bien croire à notre profonde gratitude.

Qu'enfin l'hommage de notre admiration et de notre reconnaissance soit accepté par les maîtres des hôpitaux de Paris dont nous avons l'honneur d'avoir été l'élève.

HISTORIQUE

L'érythème induré fut décrit pour la première fois et ainsi nommé par Bazin en 1861.

Voici ce qu'il en dit dans ses leçons théoriques et cliniques sur la scrofule considérée en elle-même et dans ses rapports avec la syphilis, la dartre et l'arthritis.

« L'érythème induré de nature scrofuleuse n'est pas rare, il se caractérise par des plaques rouges indurées sur lesquelles le doigt appliqué fait momentanément disparaître la rougeur qui ne tarde pas à reparaître au bout de quelques instants. On sent à la peau et sous la peau une induration qui s'enfonce plus ou moins dans le tissu cellulaire sous-cutané. La rougeur plus ou moins foncée, assez souvent violacée, plus marquée au centre se fond insensiblement sur la circonférence avec la couleur normale de la peau. Il n'y a sur ces plaques aucun prurit ; la pression avec le doigt y est à peine douloureuse. Cette affection s'observe communément sur les jambes, plus souvent peut-être chez les jeunes filles que chez les garçons. Je l'ai souvent rencontrée sur les jambes des jeunes blanchisseuses, chez

des jeunes filles offrant tous les caractères de la fraîcheur et de l'embonpoint scrofuleux. Son siège de prédilection est la partie externe et inférieure de la jambe. On le voit quelquefois aussi sièger un peu au-dessus du talon, le long du tendon d'Achille. Enfin on peut le remarquer encore sur la face et je l'ai vu sur cette région alterner avec l'ophtalmie scrofuleuse. »

L'année suivante l'illustre maître revient sur la question et dans ses leçons cliniques et théoriques sur les affections génériques de la peau dit :

« On désigne sous le nom d'érythème une affection de la peau en voie d'évolution caractérisée dans sa période d'état par des taches congestives roses ou rouges larges, n'occasionnant pas de démangeaisons prononcées et se terminant par résolution en présentant ou non une desquamation légère. Nous admettons un érythème de cause externe et un érythème de cause interne. »

« L'érythème induré des scrofuleux est caractérisé par de larges plaques dont la coloration est la même sur tous les points, l'induration sous-cutanée sensiblement égale et qui ne donnent naissance à aucune douleur quand on les presse entre les doigts, tandis que l'érythème noueux, affection avec laquelle on pourrait le confondre, présente successivement toutes les nuances de l'ecchymose et est douloureux à la pression, etc. Enfin l'érythème noueux ne persiste pas au delà de 18 à 20 jours, tandis que l'érythème induré se perpétue pendant des mois. »

Ensuite l'érythème induré semble tomber dans l'oubli en 1883.

Besnier dans le *Dictionnaire Encyclopédique des Sciences Médicales*, à propos des gommes scrofuleuses parle des écrouelles cellulaires de Bazin. Il range dans les gommes hypodermiques, les écrouelles du troisième mode et insiste sur la nécessité de répéter ces anciennes appellations consacrant « une erreur de fait ou de droit et perpétuant une confusion fâcheuse ».

Il en donne une description qui peut s'appliquer à l'érythème induré et faite par Brissaud.

Foyer caséeux entouré d'une zone inflammatoire très manifeste se traduisant par une condensation épaisse d'éléments embryonnaires envoyant des traînées plus ou moins nombreuses dans les interstices du tissu conjonctif avoisinant. Au sein de ces masses nucléaires, les vaisseaux sanguins étaient oblitérés et on pouvait y reconnaître la présence de nombreuses cellules géantes dispersées au milieu de petits amas de cellules épithélioïdes.

Il donne également une description clinique des gommes hypodermiques où se trouvent tous les caractères de l'érythème induré arrivant jusqu'à l'ulcération.

En novembre 1883 au cours des réunions cliniques de l'hôpital Saint-Louis, Besnier rapporte une observation d'un cas d' « Erythème noueux chronique des membres inférieurs », qu'il est difficile en réalité de séparer de l'érythème induré de Bazin.

Le 17 janvier 1889, aux mêmes réunions, Feulard

montre un cas typique de l'affection, on lira plus loin son observation *in extenso*.

Dès lors le silence se fait sur cette affection jusqu'en 1893, année où elle nous revient d'Angleterre comme découverte à nouveau par Hutchinson qui lui donne son nom et l'enrichit d'une nouvelle forme inconnue de Bazin, la forme ulcéreuse. Le maître en publie dix-sept observations dans les *Archiv' of Surgery London*. Voici d'ailleurs ce qu'il dit dans ce même journal en 1895.

« Sous le nom de maladie de Bazin ou familièrement de jambe de Bazin, nous désignons des cas dans lesquels il se forme des indurations sous-cutanées (probablement des troncs lymphatiques) sur la jambe, entre le genou et la hanche, s'accompagnant dans le premier stade de la maladie d'un érythème foncé de la peau sus-jacente et dans le second d'ulcération infectée avec les bords détruits. Bazin lui-même ne décrit pas les ulcérations et nomme la maladie « Erythème induré des scrofuleux ». Mais, comme, en somme, les ulcérations sont le fait le plus en relief et le plus important, qu'on est à peu près certain d'être conduit à faire le diagnostic erroné de syphilis, il me semble préférable de ne pas faire usage de cette expression comme étant trop limitée. Les « jambes de Bazin » tirent sans aucun doute leur état de la région affectée qui est un peu exposée au froid et au mauvais état de la circulation de retour. Ce sont en général des débiles, des scrofuleux, voire même des tuberculeux qui en sont atteints. Çà et là d'autres parties que les cuisses sont

prises : la partie inférieure des jambes, la région postérieure des bras ou les oreilles, et parfois les malades sont porteurs de pustules ophtalmiques. Les ulcérations sont difficiles à traiter et laissent des marques visibles avec des bords pigmentés. Bien que plus fréquente dans la jeunesse, la maladie n'est pas exclusivement limitée à cet âge de la vie. Des indurations exactement semblables à celles décrites s'observent très souvent dans la syphilis secondaire et de temps en temps dans le diabète. Dans certains cas, seuls les antécédents permettent de différencier la forme scrofuleuse de la forme syphilitique. Dans les portraits de maladie de Bazin que l'on expose dans les musées, l'observation a été prise soigneusement et tout doute de syphilis écarté. »

La même année 1893, dans le *British journal of dermatology*, nous trouvons une longue étude de Colcott Fox et 9 observations publiées plus loin. L'auteur mentionne la confusion fréquente faite de l'Erythème induré avec des manifestations syphilitiques héréditaires. Il décrit la lésion et note la forme ulcéreuse décrite par Hardy et critiquée par Trousseau. Pour Hardy, d'ailleurs, il n'y a là qu'une variété d'érythème noueux. On lit aussi qu'en 1892, dans le journal *Cutaneous and gen. ur. disease*, le Dr Eliott publia le cas d'une jeune fille ayant sur les jambes de nombreux nodules évoluant vers la résolution et cicatrisation ou vers l'ulcération.

Colcott Fox indique enfin quelques caractères permettant le diagnostic avec la syphilis.

En 1893 encore nous citerons l'article de Croker dans son traité sur les maladies de la peau.

La même année, Jadassohn, bien que favorable en fait à l'idée, émet néanmoins quelques doutes sur les rapports existant entre l'affection qui nous occupe et la tuberculose.

L'année suivante Croker fait un rapport au Congrès de Londres sur les rapports entre la tuberculose et l'Erythème induré. En 1895, dans la *Semaine médicale* du 15 décembre, Thibierge publie une observation typique suivie de vues générales sur la maladie résumant ses caractères principaux. Le premier au point de vue clinique seul, il émet l'hypothèse de la nature tuberculeuse de l'affection.

La discussion de ces faits est maintenant la question qui va être l'objet de toutes les recherches et en 1895 également le travail de Darier sur les tuberculides cutanées, dans les *Annales de Dermatologie* jette sur la question un jour fort intéressant ; nous y reviendrons quand nous traiterons l'anatomie pathologique des lésions.

En 1898, les travaux de Leredde, d'Audry, font preuve de leurs divergences d'idées sur la nature du mal en même temps qu'ils marquent les premier examens histologiques des lésions.

En 1899, les observations de Fournier et surtout les travaux de Thibierge et Ravaut auxquels nous ferons de larges emprunts mettent nettement la question à un point que les recherches ultérieures ne feront que contrôler et démontrer plus clairement.

Au Congrès de Paris, d'ailleurs, en 1900, Leredde d'abord dissident se range à l'opinion de Darier après constat de cellules géantes et de lésions folliculaires presque typiques ; Bœck publie son rapport sur les tuberculides. Philippson donne une observation de « Thrombo-phlébite tuberculeuse de la peau » qu'il est difficile de séparer de l'Erythème induré. Et, dès lors, les travaux abondent, citons ceux de Dade, la thèse de Haury, Abraham dont les observations se rapportent à des cas observés sur des sujets masculins ; Galloway qui note la coïncidence avec le lupus érythémateux ; le beau travail de Mantegazza dans les *Annales de Dermatologie* dont nous citerons de longs passages et les observations *in extenso*. Notons encore les travaux d'Harttung et Alexander, de Piccardi, d'Hallopeau, la thèse de Pautrier sur les tuberculides, le mémoire de Darier et Roussy sur les sarcoïdes, l'article de Brocq dans son *Traité élémentaire de Dermatologie pratique*, travaux qui tendent tant à élucider la nature tuberculeuse ou non de la lésion qu'à affirmer avec plus de netteté ses caractères cliniques.

Enfin les derniers travaux importants sur le sujet ont trait au traitement. Nous nommerons ceux de Thibierge et Gastinel, Thibierge et Weissenbach ensuite sur la thérapentique par la tuberculine. Tout dernièrement Ravaut dans les *Annales de Dermatologie* publiait les résultats intéressants obtenus par lui dans les cas d'érythème induré même ulcéré traité par le néo-salvarsan.

ÉTIOLOGIE

Tous les auteurs qui se sont occupés de l'érythème induré ayant d'ailleurs à leur tête Bazin et Hutchinson ont noté la prédominance de cette affection chez les jeunes filles. Et, de fait, le plus grand nombre des observations a trait à des sujets du sexe féminin âgés de moins de 20 ans. Ce n'est cependant point là une règle absolue, on verra en effet parmi les observations relatées dans ce travail, entre autres un cas de Colcott Fox se rapportant à une malade de 36 ans. Cet auteur parle d'une récidive chez une femme de 50 ans. Une malade de Leredde a aussi 36 ans. Enfin, il n'est pas jusqu'au sexe qui puisse être déterminé absolument, on lira une très belle observation de Pautrier dont le sujet est un malade de 30 ans et la bibliographie permet de noter nombre de cas survenant chef des jeunes gens.

La deuxième notion qui se rattache à l'étiologie de l'érythème induré est celle que nous appellerons de lymphatisme. C'est l'ancienne scrofule de Bazin, peut-être la tuberculose, sûrement l'anémie. Les sujets porteurs d'érythème induré revêtent deux aspects : ou bien ce

sont des « jeunes filles », puisque c'est le plus fréquent, présentant l'aspect de bonne santé de ce qui a reçu de nos jours le nom de « tuberculose floride », aspect florissant, donc, en apparence ; embonpoint, mais s'approchant plus de la bouffissure que de la fermeté saine des chairs de la jeune fille bien portante ; caractère indolent, mou, lymphatique, en somme. Cet aspect n'empêche d'ailleurs pas la coexistence de certaines lésions telles qu'une adénite sous-maxillaire, par exemple, pouvant même aller jusqu'à la suppuration. Les observations montreront l'extrême fréquence de ces coïncidences. On peut trouver un certain nombre d'autres lésions tuberculeuses, telles que le lupus érythémateux ou le lupus vulgaire, bien que ce dernier soit déjà moins fréquent, des gommes banales. Chez le second genre de sujets, le tableau est tout autre comme aspect général, ce sont des enfants maigres, chétifs, à téguments pâles et en mauvais état. Chez eux aussi on pourra souvent trouver des lésions cutanées ou ganglionnaires bacillaires, mais de plus il ne sera pas rare de trouver des signes plus ou moins prononcés de tuberculose viscérale.

Dans les deux genres de cas enfin les antécédents sont souvent entachés de tuberculose. Voici d'ailleurs comment s'expriment à ce sujet Thibierge et Ravaut dans leur monographie de 1899 :

« Personnellement, ces sujets appartiennent le plus souvent à cette catégorie de dystrophiques, aux lèvres tuméfiées, aux téguments cyanotiques et algides, acro-asphyxiques, qui, sous le nom de lymphatiques, in-

carnent les derniers vestiges de l'ancienne scrofule, et qui, proie facile aux infections cutanées bénignes et superficielles, sont aussi les candidats les plus nettement désignés à l'infection tuberculeuse. Cette infection tuberculeuse, ils en portent la trace sous forme d'adénopathies, d'ostéopathies ; sous forme de pneumopathies, d'entéropathies. Même parfois ils offrent des types divers au niveau des téguments et deviennent ainsi de véritables cartes d'échantillons de tuberculose cutanée. A proprement parler, ils ne sont sans doute atteints d'érythème induré qu'à la suite et à cause des foyers tuberculeux profonds dont ils sont porteurs ».

Nous ne saurions passer sous silence le fait du mauvais état de la circulation chez les malades atteints d'érythème induré. La station debout favorise son apparition et explique en partie sa localisation préférée aux membres inférieurs et Bazin avait mis en évidence sa fréquence chez les jeunes blanchisseuses. Et, de fait, il est probable qu'une statistique bien conduite, orientée dans ce sens donnerait des résultats intéressants pour les professions nécessitant une longue station verticale. Les érythémateux indurés ont souvent les pieds et les mains algides, voire même les jambes, les oreilles, l'extrémité du nez ; leurs téguments sont bleuâtres et ils sont, fait constaté à maintes reprises, des porteurs d'engelures presque constamment. Ce rôle de la circulation de retour gênée dont parlait déjà Hutchinson semble fort important dans une affection où, sans anticiper, nous pouvons dire que les lésions vasculaires sont un fait constant. De là le rôle des professions à

longue station debout et, de fait, nous verrons au sujet du traitement, que dans la forme nodulaire le seul repos au lit a été considéré pendant longtemps comme un agent thérapeutique non pas rapide, certes, mais suffisant pour la résorption des nodosités.

Enfin, nous noterons l'apparition plus fréquente de l'érythème induré au début ou dans le courant de l'hiver, par les temps humides ; et pour terminer ce que nous pouvons dire de l'étiologie de l'affection, nous croyons pouvoir attirer l'attention sur sa coexistence chez les sujets adolescents avec des troubles de la menstruation. Ce dernier fait, d'ailleurs, n'est pas fait pour surprendre quand il s'agit de jeunes filles lymphatiques, anémiques comme celles dont nous avons tracé le tableau.

SYMPTOMATOLOGIE. — ÉVOLUTION

Aspect clinique. — Les lésions de l'érythème induré apparaissent à première vue sous la forme de taches arrondies ou ovalaires, de dimensions plus ou moins grandes, allant de celles d'une pièce de cinquante centimes à celles d'une pièce de 5 francs en général. Leur couleur varie d'un ton rose vif au rouge cyanotique violacé, voire même au rouge piqueté brun. Au niveau de ces taches l'épiderme semble aminci, brillant, et on note souvent une fine desquamation. Certains auteurs et en particulier Colcott Fox ont observé la formation de grosses bulles phlycténoïdes, on trouve d'ailleurs dans le *British Journal of Dermatology*, 1893, une planche en couleurs montrant nettement cet aspect qui semble être le premier stade d'un passage à l'ulcération. La teinte piquetée de brun mentionnée ci-dessus se rapporte d'ailleurs plutôt aux cicatrices postérieures à la maladie qu'aux lésions en pleine évolution. On peut à l'inspection noter également parfois un peu d'œdème du membre, surtout après une marche ou une station debout prolongées. C'est en somme tout ce que révèle

cette première partie de l'examen. Si parfois, en effet, la seule inspection nous permet de voir des nodules assez volumineux, ce n'est le plus souvent que par la palpation que des caractères plus précis nous seront fournis. Nous sentirons en effet que les taches recouvrent des nodosités roulant sous le doigt et incluses dans la peau et la profondeur du tissu cellulaire sous-cutané. Ces nodosités sont dures, tout au moins au début, et varient de la grosseur d'un pois à celle d'une noisette ; on en a même observé de la taille d'une noix. La palpation est en général presque indolore. Autour de ces nodosités, il arrive fréquemment qu'on perçoive une zone d'infiltration plus ou moins épaisse qui peut être très étendue et revêt l'aspect d'un gâteau inflammatoire enchâssant le nodule. Cette zone est d'autant plus sensible que le malade observe moins le repos. On a à la palpation une impression spéciale que Thibierge compare à celle qu'on a en palpant du « lard congelé ».

Siège. — Ces lésions siègent le plus souvent aux jambes, elles peuvent être unilatérales. Leur point de prédilection est la partie antérieure moyenne et inférieure de la jambe. Mais il est impossible d'établir un siège absolument fixe ; on verra dans les observations citées que l'érythème induré peut siéger à la partie postérieure du mollet, sur la cheville, le cou-de-pied ; il est parfois remonté à la cuisse, à la fesse même et l'un des cas a trait à un malade porteur d'érythème induré de la face. Il serait inexact d'ailleurs de ne pas dire

combien ce cas est douteux et, quoi qu'il en soit, ce ne sont là que des exceptions et le siège ordinaire est, nous le répétons, la partie moyenne et inférieure de la jambe.

Les lésions peuvent être isolées ou plus ou moins nombreuses ; dans un des cas cités plus loin on comptait jusqu'à 60 nodules sur une seule jambe.

Les symptômes subjectifs sont très variables ; le plus souvent les malades accusent une certaine gêne du membre atteint ; ils deviennent incapables d'une marche un peu longue ou d'une station verticale prolongée. A la suite de semblables efforts ils ont une aggravation physique de leurs lésions et des douleurs parfois assez vives.

Evolution.— Le mode de début est parfois insidieux et ce ne sera que par hasard, à la suite d'une fatigue que sera constatée la maladie. D'autres fois, et cette particularité est des plus intéressantes, le début est parfaitement senti et tout d'un coup, sans phénomènes prémonitoires, la malade éprouve en un point quelconque du membre inférieur une douleur intense, semblable à une piqûre ou à une brûlure. A ce moment, il ne peut percevoir aucune tuméfaction, aucune induration de la peau ou de l'hypoderme : c'est seulement au bout de quelques heures, parfois de quelques jours qu'il constate, au point même où s'est produite la douleur, une tuméfaction limitée, arrondie, facile à percevoir, occupant l'hypoderme. Ordinairement, il n'y a encore à ce moment aucun changement dans

la coloration de la peau et la rougeur n'apparaît qu'au bout de plusieurs jours. Ce mode de début est le même que celui des tuberculides nécrotiques et semble démontrer que les nodosités sont le résultat d'un processus embolique (Thibierge et Ravaut). Que deviennent les lésions une fois installées ?

C'est ici le lieu de distinguer dans l'érythème induré deux formes bien nettes, l'une décrite par Bazin, forme essentiellement nodulaire, tend à la résorption sinon spontanée du moins possible à obtenir par un traitement approprié, le seul repos même dans des cas rares, à la vérité, mais réels. Le deuxième processus est celui qui correspond à la forme ulcéreuse de Hutchinson. Ces nodules vont se transformer en ulcérations et leur durée de cicatrisation sera parfois fort longue. Les lésions ne s'ulcèrent pas en masse. On note que l'induration du nodule fait peu à peu place à une fluctuation légère non analogue à la fluctuation nette de la gomme banale tuberculeuse ou syphilitique. En même temps la peau à ce niveau s'amincit de plus en plus, autour de la tache primitive il n'est pas rare d'observer comme un halo inflammatoire et bientôt il va s'ouvrir au centre de la nodosité un petit pertuis par lequel s'écoulera une légère quantité de liquide un peu huileux, mélangé à du séro-pus. Fait important, il n'y a jamais de suppuration réelle. Sur ce pertuis on observera ensuite la formation d'une croûtelle jaunâtre et la cicatrisation se fera attendre parfois plusieurs mois. Pour la forme purement nodulaire, nous pouvons donner une durée moyenne d'évolution de 15 jours à 6 semaines.

A la place des lésions subsisteront des cicatrices caractéristiques. C'est alors que nous noterons ces taches rouge brun de teinte jambonneuse ; de plus, nous observerons fréquemment, au niveau des anciens nodules résorbés une atrophie cutanée très prononcée rappelant de loin, mais un peu cependant, de petites plaques sclérodermiques.

Nous avons décrit l'aspect le plus fréquent des ulcérations de l'érythème induré, aspect qui, s'il était observé, à lui seul permettrait le diagnostic ; mais telle n'est point la règle et souvent les ulcérations sont confluentes et c'est dans ces cas que la différenciation avec les gommes tuberculeuses et syphilitiques devient difficile. On observe alors une ulcération plus ou moins vaste, à fond sanieux, reposant sur une base infiltrée profondément et à bords à pic plus ou moins irréguliers. Autour de la lésion, on voit une zone inflammatoire rougeâtre encerclée elle-même, parfois, d'une deuxième zone à pigmentation brunâtre. L'évolution de ces ulcérations est des plus longues. Le dernier point qui caractérise l'évolution de l'érythème induré c'est la succession de poussées, la tendance à la récidive. Les observations montreront mieux que toute interprétation ce mode d'évolution. C'est un temps humide, l'arrivée de l'hiver, un grand froid, une fatigue ou un surmenage quelconques qui motiveront l'apparition d'une nouvelle poussée. Il n'est pas jusqu'à l'action d'un traumatisme, qui n'ait été invoquée pour expliquer l'apparition d'une phase nouvelle de la maladie, et ceci, en particulier, quand il s'agit de la forme

ulcéreuse. Colcott Fox note une récidive chez une femme de 50 ans, et si exceptionnel que soit le cas il montre cependant que là encore il ne saurait être établi de règle absolue. Néanmoins, c'est entre 10 et 30 ans que nous localiserons les récidives possibles de l'érythème induré.

Si nous voulons résumer les symptômes et l'évolution de cette affection nous pouvons donc dire : Maladie se traduisant par des nodosités apparaissant de préférence sur les 2/3 inférieurs des membres inférieurs et de la taille d'un pois à celle d'une noisette, ordinairement accompagnées de rougeur des téguments. Ces nodosités, ou bien tendent lentement à la résorption spontanée et c'est la forme nodulaire ; ou bien s'ulcèrent, et c'est la forme ulcéreuse.

L'affection procède par poussées et récidive fréquemment, surtout dans certaines circonstances que déjà nous avons énumérées, soit qu'il s'agisse d'un changement de saison, d'un moment particulièrement froid ou humide, d'une longue marche ou d'une fatigue quelconque, d'un traumatisme même, bien qu'il soit permis d'émettre quelque doute sur ce dernier point, — en tout cas on ne saurait trop insister sur ce caractère essentiellement récidivant bien mis en évidence par Jeanselme. De toute façon son évolution est fort longue, parfois presque interminable et déroutant toute thérapeutique, surtout dans la forme ulcéreuse. Enfin le fait même de ces incessantes récidives en assombrit singulièrement le pronostic.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Au point de vue macroscopique le premier point qui frappe est qu'une fois l'incision faite au niveau d'une tache, il est le plus souvent impossible de déceler à la vue seule l'existence du nodule sous-jacent. Ce n'est qu'en recherchant avec le doigt introduit dans la boutonnière formée que l'on sent la lésion. A l'ouverture, on note la présence dans le tissu cellulaire sous-cutané d'un liquide huileux. Cette présence a été notée par tous les auteurs qui ont étudié la maladie.

Quant au nodule perçu par le toucher, il siège nettement dans le tissu cellulaire sous-cutané auquel il adhère et dont il est très difficilement énucléable ; par contre, il est totalement indépendant de la peau.

La couleur de ce noyau est celle du tissu cellulo-graisseux normal, jaune clair. A la coupe, il s'en écoule un liquide huileux en tous points semblable à celui dont il a été question plus haut. Le parenchyme du noyau est grisâtre plus pâle que le tissu d'alentour mais on est frappé par la présence de bandes plus claires, d'aspect scléreux qui parcourent la tumeur dans tous les

sens et circonscrivent des îlots de tissu formant ainsi des lobules (Thibierge et Ravaut).

A l'examen microscopique, nous trouvons les faits suivants:

Le premier coup d'œil à un faible grossissement montre l'aspect lobulé de la préparation qui apparaît constituée par des îlots de tissu de quelques millimètres de diamètre, circonscrits par les bandes scléreuses qui paraissaient déjà à l'œil nu. On a un aspect de cirrhose périlobulaire autour de lobules adipeux (Thibierge et Ravaut).

A un plus fort grossissement et à un examen plus approfondi on note: L'épiderme est toujours peu ou pas lésé. La couche cornée fait le plus souvent défaut, on en trouve seulement trace ça et là sous forme de lamelles exfolatrices se détachant du corps de Malpighi.

La granuleuse est extrêmement mince; elle n'est représentée que par une ou deux couches de cellules chargées d'éléidine, fort petites, très aplaties (Pautrier).

Le corps muqueux se présente avec une forme un peu exubérante pénétrant profondément dans le derme sous forme de longs bourgeons effilés en général mais parfois épais et massifs. De longues papilles étroites sont ainsi dessinées. Tout au plus note-t-on une légère infiltration des couches inférieures et basale où l'on voit quelques lymphocytes.

Le derme est beaucoup plus atteint. Dans la zone papillaire on voit une infiltration diffuse, massive et irrégulière. De plus, on note déjà quelques lésions vasculaires sous forme de capillaires dilatés.

Arrivant dans la couche moyenne du derme, ce qui va retenir, maintenant, notre attention : c'est la netteté des lésions vasculaires. Nous nous trouvons en présence d'un tissu dont la partie fondamentale est du tissu conjonctif, dans certains points paraît une infiltration composée d'éléments embryonnaires groupés autour d'un vaisseau, UNE VEINE LE PLUS SOUVENT, qui semble être le point de départ de la lésion. Si certains sont dilatés, d'autres sont thrombosés avec épaississement de leurs tuniques et infiltration périvasculaire. Dans cette zone nous trouvons aussi quelques cellules épithélioïdes mais pas de polynucléaires. Ces infiltrats périvasculaires envoient des prolongements donnant l'aspect réticulé de la préparation.

Ces lésions jusqu'ici n'ont permis de constater qu'une inflammation manifeste et c'est souvent tout ce qui peut être trouvé sur les préparations. Sur certaines toutefois, au milieu de cette zone d'infiltration, on a pu déceler au milieu des éléments embryonnaires périvasculaires, à côté des cellules épithélioïdes, de grandes cellules portant à leur périphérie une couronne plus ou moins complète de noyaux se colorant très fortement, ayant un protoplasme prenant au contraire peu les colorants, à contours irréguliers, parsemées des vacuoles présentant en somme tous les caractères des cellules géantes. A l'entour les cellules épithélioïdes abondent. L'infiltration est particulièrement marquée au voisinage des glandes sudoripares ou des follicules pileux. Dans la couche profonde du derme, les lésions sont les mêmes, mais plus accentuées. Les cellules des

glandes sont atteintes de dégérescence, on voit quelques cellules plasmatiques et les mêmes éléments d'infiltration que précédemment. Les lésions vasculaires et surtout veineuses, enfin, sont très apparentes et plus avancées, il y a des lésions nettes d'artérite et de phlébite. Ces dernières lésions sont si intenses que nous pouvons publier les observations de Philippson intitulées : Thrombophlébite tuberculeuse de la peau, sans craindre de les confondre avec l'érythème induré dont elles sont un type parfait. Le point capital de cet examen est donc l'existence ou plutôt la constance des lésions vasculaires veineuses et, de fait, que nous consultions les travaux de Thibierge et Ravaut, ceux de Mantegazza, ceux de Pautrier, ceux de Philippson, pour n'en citer que quelques-uns, tous ces auteurs se retrouvent sur ce point.

ESSAI DE CLASSIFICATION, BACTÉRIOLOGIE

Étant donnés ces caractères histologiques, dans quel groupe de dermatoses classerons-nous l'érythème induré de Bazin ?

C'est là le terrain de toutes les discussions et si l'on peut trouver une apparente constance de constatations histologiques, il en est tout autrement quand il s'agit de leur interprétation L'érythème induré de Bazin est-il ou n'est-il pas une forme de tuberculose cutanée, telle est la question. Au point de vue clinique seul, nombre d'auteurs ont depuis longtemps émis leurs préférences. Pour Colcott Fox la nature tuberculeuse est certaine, pour Audry, après examen histologique, le contraire n'est pas douteux. Nous avons cité l'observation de Thibierge en 1895, parue dans la *Semaine médicale* et à la suite de laquelle, sans se prononcer nettement, il concluait :

« En résumé, l'érythème induré de Bazin doit être considéré comme une forme clinique de gommes scrofulo-tuberculeuses développées systématiquement dans l'hypoderme, aux membres inférieurs, s'accompagnant, par l'effet de la stase sanguine qui les a localisées à

ces membres, d'une congestion cutanée de voisinage. *Il rentre donc, à ce titre, dans la scrofulo-tuberculose cutanée.*

L'examen histologique des lésions semblerait avoir dû trancher la question ; à plus forte raison l'étude bactériologique.

Pour ce qui est de cette dernière d'abord, les faits positifs, bien que peu nombreux, existent. Philippson et Jadassohn ont pu déceler la présence du bacille de Koch dans les lésions.

Dans deux cas Thibierge et Ravaut ont réalisé l'inoculation positive au cobaye, mais ils n'ont pu, malgré de nombreuses recherches, mettre le bacille en évidence. D'autres auteurs non moins éminents ont obtenu des résultats constamment négatifs. Il en est de même pour la réaction à la tuberculine. On lira dans une des observations publiées ci-dessous combien violemment et localement réagit un cas à une injection de tuberculine ; on verra, de plus, quelle action bienfaisante au point de vue thérapeutique a été manifestée par ce corps et les substances analogues. Mais là encore des résultats absolument contraires ont été publiés. Que faut-il conclure ? D'abord la divergence apparente des résultats obtenus vient, à coup sûr, comme le fait remarquer le professeur Mantegazza, de ce que toutes les lésions ne coexistent pas dans un cas donné sur toutes les pièces. Dans un nodule on ne trouve que des altérations vasculaires ; dans un autre, ce sont les lésions typiques du granulome ou simplement d'inflammation banale.

En second lieu, tous les résultats positifs qui ont été obtenus ont trait à des formes non ulcérées et il semble

bien que pour celle-là il soit difficile de nier la nature tuberculeuse. Pour les formes ulcérées, l'infection secondaire prend rapidement une telle place qu'il devient infiniment plus délicat de se prononcer et l'ingéniosité des savants s'est donnée libre cours pour tâcher de trancher la question.

Darier dans son travail sur les tuberculides cutanées (1896) donne de façon magistrale les caractères généraux de ces dermatoses :

« Toujours il s'agit d'éruptions successives d'éléments débutant par des papules ou nodules intradermiques plus ou moins profonds, indolents, se couronnant d'une vésico-pustule qui se crève ou se dessèche en croûte, offre une dépression ulcéreuse assez profonde et guérit en laissant une macule cicatricielle et pigmentée ; l'évolution des éléments est d'une lenteur caractéristique et dure des semaines et des mois. La topographie et le groupement des éléments sont très variables. Très habituellement on les constate chez des malades atteints de tuberculose pulmonaire ou ganglionnaire, quelquefois elles coexistent avec des tuberculoses cutanées telles que lupus ou gommes tuberculeuses, elles offrent aussi des rapports avec le lichen scrofulosorum, le lupus érythémateux, le lupus pernio et les engelures. La nature de cette relation n'est pas élucidée, mais quelles que soient les divergences, il n'en reste pas moins que la relation clinique de ces éruptions avec la bacillose est très évidente, qu'il y a intérêt à leur donner un nom générique qui rappelle cette relation, je propose celui de tuberculides. »

Cette étude est complétée par son article de 1906 sur les sarcoïdes sous-cutanées avec Roussy. Sera-ce dans ce groupe que nous devrons ranger l'Erythème induré de Bazin ?

Il ne semble pas superflu de rappeler brièvement les caractères de ces tumeurs :

C'est une forme relativement rare de tumeurs bénignes multiples, à siège hypodermique, dures et souvent indolentes, apparaissant d'ordinaire insidieusement et évoluant lentement sur une région quelconque du tronc ou des membres, notablement plus fréquentes dans le sexe féminin.

Leur caractère le plus spécial est fourni par leur structure histologique qui est très analogue et presque identique à celle des tissus tuberculeux, mais on n'y rencontre pas de bacilles de Koch et l'inoculation aux animaux donne un résultat négatif. Si donc ces néoplasmes sont bien de nature tuberculeuse, il faut admettre qu'il s'agit d'une tuberculose atténuée et on doit les classer dans le groupe qu'en dermatologie on appelle tuberculides (Darier et Roussy).

Thibierge et Ravaut comparant le mode d'action possible du bacille de Koch dans l'érythème induré à celui du bacille de Hansen dans la lèpre pour la formation des nodules qu'on a appelés « lépromes », proposent le nom de *tuberculomes.*

Le siège de ces sarcoïdes est partout, sauf à la face, rarement aux membres, ce qui tendrait à les différencier de l'érythème induré.

De plus, leur évolution lente et chronique ne semble

pas cadrer avec l'allure plutôt subaiguë de l'affection qui nous occupe.

Leur anatomie pathologique enfin, malgré de très grandes ressemblances quant à la nature des éléments trouvés, laisse quelques différences quant à leur distribution.

En somme, on est tenté de dire avec Harttung et Alexander : Si dans la lésion on constate la présence d'un follicule complet, alors seulement on a le droit de conclure à la tuberculose.

Cependant l'opinion de Darier en concluant est séduisante : il distingue trois échelons de tuberculose de l'hypoderme correspondant à trois degrés de virulence :

1° La virulence est maxima, on constate la présence de bacilles de Koch, on a une inoculation positive, une réaction positive à la tuberculine : c'est la gomme scrofulo-tuberculeuse.

2° La virulence est moindre, on ne constate pas de bacilles de Koch, mais l'inoculation et la réaction à la tuberculine sont positives : c'est l'érythème induré de Bazin.

3° La virulence est faible : il n'y a ni bacilles, ni inoculation possible, seule subsiste la réaction positive à la tuberculine : ce sont les sarcoïdes sous-cutanées.

Division séduisante à coup sûr, mais peut-être trop absolue, comme cela découle de tout ce que nous avons dit sur le sujet. La question, on le voit, est difficile à

trancher quant à la place exacte à donner dans la classification dermatologique à l'érythème induré de Bazin ; d'autant plus difficile que bien des faits sont là qui tendraient à établir une distinction entre la forme nodulaire de Bazin et la forme ulcéreuse d'Hutchinson.

En tout cas, il nous paraît impossible de ne pas se ranger nettement à l'avis de Colcott Fox, Thibierge et Ravaut, Darier et Roussy, Brocq et Pautrier, Leredde, Jadassohn, Mantegazza et de ne pas classer l'érythème induré au moins dans le grand groupe des tuberculides. Reste à déterminer dans quelle sous-classe on doit le placer et là alors de nombreuses études sont encore nécessaires pour élucider la question. Nous noterons simplement l'opinion d'ailleurs inacceptable de Piccardi pour qui l'érythème induré dans sa forme nodulaire n'est qu'une forme chronique d'érythème noueux. On ne saurait confondre deux affections d'évolution aussi différente.

PATHOGÉNIE

Maintenant nous voulons considérer la pathogénie de l'affection, le point est encore plus obscur et controversé en même temps que la question est restée presque jusqu'à présent sans solution. Nous mentionnerons donc simplement les principales théories émises.

Pour Hallopeau, l'érythème est dû au rôle des toxines microbiennes et non au bacille lui-même. Nous avons noté le fait de la découverte du bacille 2 fois par Philippson, c'en est assez pour baser une théorie accordant toute l'action au bacille lui-même. Et alors nous voyons les uns tabler sur un bacille à virulence atténuée ; les autres attribuent l'importance non pas à la virulence mais à la quantité plus ou moins grande de bacilles entrant en jeu. En tout cas, l'origine hématogène des lésions mise en évidence par Harttung et Alexander ne semble pas douteuse quand on pense à la prédominance des lésions vasculaires constatée sur toutes les préparations.

Mais les travaux de Darier et tout dernièrement (1912) les expériences de Gougerot et Laroche ont mis

au point cette question jusque-là si obscure. Toutes les tuberculides, dit-il, sauf peut-être quelques érythèmes et eczémas scrofulosorum, sont dues à l'action locale du bacille tuberculeux ou de ses débris présents dans la lésion (Haury et Darier) agissant à la fois par ses toxines adhérentes et par ses toxines solubles diffusant autour de lui. C'est, on le voit, une théorie éclectique, à la fois bacillaire et toxinique. Le bacille ou ses débris qui vaproduire les tuberculides, arrive à la peau par 2 voies principales : voie vasculaire et inoculation épidermique. Les bacilles producteurs de tuberculides semblent pouvoir être de qualités différentes et l'on peut distinguer :

Des bacilles virulents et rares à l'état d'unité isolée ;
Des bacilles atténués encore vivants ;
Des bacilles morts ;
Des débris bacillaires.

Ces faits ont été prouvés par les belles expériences faites par les auteurs d'inoculation de cobayes à peau épilée par simple frottis. En employant des bacilles de races diverses, ou des bacilles provenant de cultures vieillies, par conséquent à virulence atténuée, ou même des bacilles morts ou des débris bacillaires, les résultats ont été tout à fait concluants.

Les tuberculides ne seraient, en somme, autre chose que des tuberculoses cutanées d'origine sanguine, bacillaires pendant quelque temps, inhabitées ensuite. Cela explique d'ailleurs leur bénignité fréquente (Darier), la rareté de constatation de la présence des ba-

cilles dans les lésions et l'inconstance manifeste des inoculations.

De plus, le terrain a une influence des plus nettes sur la production des tuberculides. Là encore la méthode expérimentale fort élégamment employée par les auteurs (1), a contrôlé cette hypothèse : Les expériences ont été faites sur 6 séries de cobayes ; la première ne comprenait que des animaux neufs, la seconde des animaux préalablement tuberculisés. Dans la 3e les cobayes étaient tuberculinisés et dans la 4e on les avait à la fois préalablement tuberculisés et tuberculinisés. Dans les 2 dernières séries il s'agissait pour l'une d'animaux ayant subi des injections de lécithine et, pour l'autre, d'animaux tuberculisés puis lécithinés.

Les résultats ont répondu presque mathématiquement à ce qu'on pouvait attendre ; nous renvoyons d'ailleurs pour plus de détails au mémoire de Gougerot.

Il reste donc que l'imprégnation toxinique aide puissamment au développement des lésions cutanées. La tuberculide est le plus souvent une réaction défensive et destructive de l'embolie bacillaire chez un individu sensibilisé en état de demi-immunité. Cette réaction aboutit à ce que Gougerot et Jean Troisier appellent la solubilisation du bacille, c'est-à-dire la mise en liberté de la totalité des toxines contenues dans le corps bacillaire.

(1) Gougerot et Laroche, *Gazette des hôpitaux*, 1912, p. 141 et 185. *Etiologie et pathogénie des tuberculides cutanées, Les tuberculides expérimentales.*

Enfin des causes prédisposantes aident à l'éclosion des tuberculides, les unes sont communes à toutes les tuberculoses, les autres, dues à l'imprégnation toxinique de l'organisme, nous semblent avoir une importance spéciale.

Expérimentalement, d'ailleurs, l'imprégnation lente favorise et hâte l'apparition des tuberculides par sensibilisation du terrain. Les décharges, de leur côté, peuvent réactiver les lésions éteintes contenant des bacilles plus ou moins latents dans leurs cicatrices.

DIAGNOSTIC

En présence d'un malade atteint de lésions du genre de celles que nous avons décrites, à quoi devrons-nous penser ? Là encore nous envisagerons tour à tour la forme nodulaire et la forme ulcéreuse.

Pour la première, plusieurs confusions sont possibles, l'érythème noueux et les éruptions médicamenteuses, certaines manifestations syphilitiques, les sarcoïdes et les phlébites nodulaires. Les caractères de l'érythème noueux le feront distinguer : d'abord, son début brusque et ensuite sa marche aiguë. Il s'accompagne de troubles généraux, rares sinon inconnus dans l'érythème induré : fièvre, malaise, nausées, vomissements, troubles gastro-intestinaux, douleurs articulaires, courbatures lui font cortège. De plus, la formation des nodules est bien plus rapide et leur présence est accompagnée de troubles subjectifs très marqués et parfaitement constants. Les nodules de l'érythème noueux enfin évoluent en passant par toutes les couleurs des ecchymoses, ce qui fait complètement défaut dans l'érythème induré. L'ensemble de ces signes permet, on le voit, d'éviter la confusion.

Pour les éruptions médicamenteuses, le diagnostic sera parfois plus délicat, le premier point en tout cas sera de ne pas omettre d'y penser, et de questionner à fond et le malade, et son entourage. Les iodures et les bromures donnent parfois lieu à des éruptions de ce genre, mais il est rare qu'il n'y ait pas en même temps quelques troubles gastro-intestinaux, et de plus la localisation des lésions doit être un précieux indice de diagnostic. Nous citerons à ce sujet les travaux de Pellizzari, de Mauriac et de Ricord. Les nodosités de l'iodure de potassium ont une teinte plus rosée et une évolution plus rapide.

Certaines syphilis malignes donnent des éruptions nodulaires qui peuvent être confondues avec l'érythème induré au même titre d'ailleurs que des gommes au début. Nous reviendrons tout à l'heure sur les moyens qui permettent d'échafauder le diagnostic.

Les noyaux phlébitiques des membres inférieurs peuvent parfois s'accompagner de rougeur et d'empâtement de la peau, comme Thibierge l'a mis en évidence ; en général, leurs lésions sont plus étendues que celles de l'érythème induré, moins nettement nodulaires et disposées suivant le trajet des veines variqueuses. Néanmoins, le titre sous lequel Philippson publie des observations que nous pouvons appeler typiques d'érythème induré montre combien peut être facile la confusion.

Restent les sarcoïdes qui peuvent parfois être fort difficiles à distinguer. On sait que la forme décrite par Bœck ne s'ulcère jamais. Les nodules gros ou petits ont

une coloration d'un rose brunâtre ou jaunâtre, une surface finement furfuracée, sont curables et laissent après eux une tache télangiectasique et furfuracée (Darier). Cette forme affecte une symétrie notable, des régions constamment identiques, la face, le haut du dos et le côté de l'extension des membres supérieurs. Ce sont là, on le voit, des caractères plutôt d'exception de l'érythème induré. Le diagnostic est bien plus délicat pour la forme décrite par Darier dont les caractères sont extrêmement voisins sinon identiques de ceux de l'érythème induré. Cependant elles forment en général de larges placards ou des cordons noueux, bien qu'il en existe des variétés, à éléments isolés. Thibierge note leur aspect circiné, mais leur traitement par la tuberculine est, lui, un élément de plus de confusion et il ne nous est dès lors pas nécessaire d'insister sur la difficulté du diagnostic de ces deux affections, qui, arrivées à un certain stade, se différencient nettement mais sont parfaitement identiques à tous points de vue clinique et même histologique quand on considère un érythème induré typique et une sarcoïde de Darier débutante et isolée. Dans une observation de Thibierge et Bord parue dans les *Annales de Dermatologie* de février 1907, on trouve la coïncidence, association et superposition des caractères propres aux deux affections. Cela est d'autant moins surprenant que dans la série des affections tuberculeuses dermo-hypodermiques, la coïncidence de plusieurs de leurs types chez un même sujet est chose fréquente. Lupus vulgaire, gommes tuberculeuses s'associent, voire même se suc-

cèdent chez le même sujet, le fait est banal. On a pu parler de malades « véritables cartes d'échantillons » des tuberculides (Thibierge et Ravaut, *Ann. derm.*, 1899, p. 513).

Si nous nous trouvons en présence de la forme ulcéreuse, deux diagnostics se posent : gomme tuberculeuse ou gomme syphilitique.

Dans les deux cas, nous rappellerons que l'aspect typique de l'ulcération de l'érythème induré avec le minimum d'infection secondaire est caractéristique, ne présentant qu'un pertuis par où ne sort que de la sérosité et pas trace de pus. Mais, comme nous l'avons dit, d'une part, l'infection secondaire est fréquente, en second lieu, les lésions peuvent être confluentes et enfin l'aspect typique manque souvent, bien qu'on soit en présence d'un cas bien certain.

Les antécédents du sujet peuvent aider au diagnostic de gomme tuberculeuse, il est bien plus fréquent dans ce cas de trouver des traces viscérales de la maladie. La fluctuation au niveau des gommes sur le point de s'ouvrir est bien plus marquée que dans l'érythème induré. Il y a aussi des différences de coloration des téguments qui peuvent guider le clinicien.

Avec les gommes syphilitiques, le diagnostic est des plus difficiles et nombreuses sont les erreurs qui ont été faites jusqu'à nos jours, malgré l'existence de différences cliniques qui ressortent facilement de ce que nous venons de dire et sur lesquelles nous n'insisterons pas. Nous noterons toutefois la différence fréquente d'aspect des sujets qui présentent alors une

apparence de santé parfaite et n'ont aucun signe de tuberculose. Nous envisagerons aussi la nature du pus gommeux syphilitique, jaune d'œuf mal lié ; et la disposition des bords de l'ulcération polycycliques et décollés. Ce dernier caractère n'existe jamais dans l'érythème induré.

Le traitement d'épreuve peut aussi être d'un grand secours pour le diagnostic mais reste une méthode bien désuète et peu élégante.

Par contre, que va nous donner la réaction de Wassermann ? Evidemment, en bien des cas elle sera d'un grand secours, mais là où elle est négative, il ne nous est rien permis de conclure, et alors même qu'elle est positive, qui pourra nous garantir l'absence de coïncidence de syphilis et de tuberculose ? Le diagnostic, on le voit, même pour la forme ulcéreuse, peut être des plus embarrassants ; dans ces cas, l'emploi de la tuberculine pourra donner à la fois un résultat thérapeutique et une donnée pathogénique.

TRAITEMENT

Les différentes phases d'interprétation de la nature des lésions de l'érythème induré ont causé l'emploi d'une quantité de traitements. Deux phases peuvent être notées, l'une de tâtonnements, la seconde qu'on peut appeler de traitement spécifique. Dans la première, l'iodure de potassium, le mercure, le salicylate de soude ont comme on le verra dans les observations, été employés tour à tour avec plus ou moins de succès. Il faut dire qu'avec eux était mis en œuvre un grand artisan d'amélioration, le repos au lit. C'est, en effet, le premier point du traitement et, bien que rare, il arrive dans la forme nodulaire qu'il soit à lui seul suffisant pour obtenir la guérison assez lente toutefois.

Il faut ici plus que jamais établir une distinction nette entre la forme nodulaire et la forme ulcéreuse. L'une guérira parfois avec presque tous les traitements. l'autre gardera toujours son allure torpide, au point qu'elle autorisera à tenter des médications qui peuvent même risquer de ne pas être inoffensives. Mais n'anticipons pas. Le premier point donc est dans tous les cas le repos au lit.

Le second consiste dans le traitement de l'état géné-

ral. Nous avons affaire à des tuberculeux en activité ou en puissance ; en tout cas, à des débilités, anémiques malingres et chétifs ou à type lymphatique. Il faudra donc employer tout l'arsenal thérapeutique capable de fortifier ces organismes affaiblis. Une alimentation saine, l'ingestion d'huile de foie de morue, de viande crue, un régime récalcifiant et une médication iodée seront donc indiqués.

Et, à ce propos, si la situation des malades le permet, ou s'il est possible de les en faire bénéficier, une cure d'air marine avec cure solaire ne sauraient être trop prônées, quelle que soit la forme en présence de laquelle on se trouve.

Localement, nous n'aurons que l'embarras du choix. C'est ainsi qu'ont été employés, la cautérisation ignée ou non, divers pansements, depuis la compression ouatée légère simple jusqu'à l'application de compresses imbibées d'une solution de chlorhydrate d'ammoniaque à 1/200 ou 1/300. Le sublimé, l'eau blanche ont aussi eu leur vogue ; les divers emplâtres, de Vidal ou de Vigo, si l'état de la peau le permet, l'icthyol.

Sur les ulcérations, ce sont les soins de propreté qui priment tous les autres. Après donc une asepsie aussi rigoureuse que possible des plaies, on fera des applications antiseptiques diverses de bleu de méthylène ou d'eau phéniquée. Tous les antiseptiques peuvent être employés : l'aristol, l'ectogon, l'europhène, la poudre Lucas Championnière. Mais Brocq donne une préférence marquée à l'iodoforme quand on peut le faire admettre.

Mais toutes ces médications, si elles sont suffisantes

parfois, ne donnent souvent que des résultats très incertains, lents, demandant des années et il est permis de dire que la question du traitement de l'érythème induré de Bazin n'existait pas jusqu'en 1909, quand, à la fois, Thibierge et Darier firent connaître les résultats obtenus par eux avec des injections de tuberculine créant par là le traitement spécifique antituberculeux de l'érythème induré de Bazin. Les deux savants poursuivaient le même but avec les mêmes armes, chacun de leur côté, et ce n'est que par hasard, comme le raconte notre maître, M. le Dr Thibierge, que dans une conversation son « savant collègue et ami Darier » lui confia que « l'érythème induré guérissait follement par la tuberculine ».

De fait, la même année voyait paraître le premier mémoire de Thibierge et Gastinel sur : Erythème induré de Bazin ; réaction cutanée positive et disparition des éléments primitifs à la suite d'injections intradermiques de tuberculine (*Annales de Dermatologie*, mai 1909, p. 310 ; le *Précis de Dermatologie*, de Darier, où l'on trouve la photographie d'un cas d'ulcération du mollet consécutive à l'érythème induré, guérie en six semaines sous l'influence du repos, d'une bonne hygiène, d'injections de tuberculine et de pansements aseptiques. En même temps, Kutznitsky dans un mémoire paru au cours de ces travaux, publie incidemment les heureux résultats thérapeutiques obtenus par lui avec des injections de tuberculine pratiquées dans le but de confirmer la nature tuberculeuse de l'érythème induré.

A partir de cette date, la méthode a fait son chemin et demeure actuellement le traitement de choix de l'érythème induré. En 1911, Thibierge, Weissenbach en ont fixé la technique dans le Mémoire paru dans le *Bulletin de la Société Médicale des hôpitaux*. Les diverses préparations de tuberculine usuellement employées donnent des résultats remarquables. Les premiers résultats ont été obtenus par les auteurs au moyen de la tuberculine de l'Institut Pasteur de Paris. Peut-être cependant les corps immunisants de Spengler, bien connus en physiothérapie, ont-ils des effets plus réguliers et plus rapides.

Cette préparation est un extrait de globules rouges plus sérum que tuberculine, mais en réalité ni sérum ni tuberculine; elle occupe une place intermédiaire.

Les injections sont faites profondément dans la fesse. On commence par 2/10 de centimètre cube de la dilution la plus faible au 1/100.000 dans 1 centimètre cube de sérum physiologique.

On observe soigneusement les réactions locales et générales qui doivent servir de base au protocole du traitement.

Sept jours après, par exemple, on injecte deux dixièmes de centimètre cube de la solution à 1/10.000.

Avec les mêmes précautions, et de 7 jours en 7 jours, on arrive à la dilution à 1/10, s'il ne s'est pas produit de réaction locale ou générale ayant entravé le traitement.

Nous ne pouvons ne donner meilleure technique que

les observations citées. On verra que cette médication n'arrête en rien les malades dans leur vie ordinaire. On lira en particulier le cas d'une malade qui en cours de traitement passa une nuit à danser sans que cette imprudence ait nui à la réussite si rapide du procédé.

Dès la première injection et quelle que soit la tuberculine employée, on note déjà comme une mise en marche du processus de guérison qui suivra ensuite un cours plus ou moins rapide. Il y a, en effet, après ces phénomènes de début qui consistent en un léger affaissement des nodules avec atténuation de la rougeur et parfois disparition complète des plus petits éléments, une phase stationnaire qui s'arrête quand est reprise la médication.

Fait important, les récidives quand elles surviennent se produisent en des points différents des premiers lésés, ce qui montre bien qu'il y a eu guérison réelle, néanmoins ces récidives sont très fréquemment observées (Thibierge) et ce fait a été signalé à la Société des Hôpitaux par Jeanselme.

Mais on en vient à bout très facilement en continuant le traitement ou en le reprenant s'il est interrompu. Souvent aussi d'autres manifestations tuberculeuses sont améliorées en même temps que les nodosités, par exemple les lésions ganglionnaires.

Le gros avantage primordial de cette méthode est de ne pas nécessiter le repos au lit. De plus, son efficacité est presque constante et quand elle échoue il y a lieu de se demander s'il n'y a pas autre chose que la tuber-

culose en jeu, coïncidence de syphilis, par exemple.

Cette efficacité n'empêche pas l'emploi simultané du traitement ancien, surtout du traitement général approprié au sujet ; dans la forme ulcéreuse les cures solaire et marine dont nous avons parlé plus haut ne peuvent qu'accroître la rapidité d'obtention du résultat de la méthode spécifique.

Ce sont les plus petits éléments qui fondent le plus facilement et les rougeurs sont ce qui est le plus difficile à faire disparaître. Plus les lésions sont récentes, plus elles cèdent facilement et *vice versa*.

Nous avons conseillé l'emploi de préférence des corps immunisants de Spengler parce qu'ils nous ont semblé plus rapidement et plus catégoriquement actifs ; mais il reste bien entendu que n'importe quelle tuberculine, les observations citées en font foi, peut donner et donne des résultats presque constamment analogues sinon toujours identiques.

Mais hélas il est des formes qui, même traitées par ce moyen, se refusent à rétrocéder. Comment les traiterons-nous ?

Tout récemment Ravaut, s'inspirant de l'action souvent héroïque de l'arsenic dans le traitement des lésions inflammatoires et suppuratives, a tenté des injections de néo-salvarsan, chez des malades atteintes d'érythème induré de Bazin, bien diagnostiqué, la réaction de Wassermann ayant été faite à plusieurs reprises, dans divers laboratoires, par des procédés différents et ayant été nettement négative. Les lésions ont rapidement guéri quant à la forme nodulaire, plus

lentement pour la forme ulcéreuse. Que faut-il penser de cette thérapeutique ? Il est difficile de le dire quant à présent. Il n'en reste pas moins vrai que dans un cas torpide et ayant résisté à toute thérapeutique, il semble pleinement légitime de s'adresser au puissant agent cicatriciel qu'est le néo-salvarsan.

Quant à l'action possible sur les récidives, est-elle supérieure ou inférieure à celle de la tuberculine, l'avenir seul pourra en faire foi.

OBSERVATIONS

Observation I

Feulard. — Réunions cliniques de l'hôpital Saint-Louis pendant l'année scolaire 1888-1889.

La nommée Léontine C., âgée de 15 ans, blanchisseuse, est entrée dans le service de la clinique le 12 janvier 1889. L'affection qui l'amène à l'hôpital siège aux jambes et a débuté il y a une année environ. Forcée de se tenir debout une partie de la journée, elle a vu apparaître, sur les membres inférieurs, des rougeurs, puis de l'enflure, et, peu à peu, la maladie a atteint le degré qu'elle présente aujourd'hui.

Il y a sur la face antéro-interne de la jambe droite quelques placards de couleur livide, non délimités et sans forme spéciale, desquamant un peu à la surface. La palpation n'est pas douloureuse; en promenant les doigts à

la surface du membre, on sent trois ou quatre petites bosselures, de volume égal à celui d'un gros pois, situées sous la peau, profondément. Mais, à gauche, la lésion est toute différente; on trouve, en effet, à la partie supéro-externe de la jambe, une tuméfaction étalée, un peu bosselée, large de dix centimètres environ, et longue de douze centimètres, rouge à la surface, d'une rougeur violacée, diffuse, avec une légère desquamation. Si l'on palpe le membre, on a la sensation d'un véritable gâteau adhérent à la peau, ayant envahi la région du jumeau externe ; cette masse est dure et douloureuse au palper. L'induration perçue se prolonge le long de la région péronière jusqu'à quatre travers de doigt environ, au-dessus de la malléole externe, mais il n'y a pas de rougeur sur ce prolongement. Si la malade est au lit et au repos, il n'y a pas de douleur ; si elle reste debout, au bout de quelques heures apparaissent la fatigue, la douleur et une augmentation du gonflement.

Le diagnostic à porter, dans ce cas, nous paraît être, sans contestation, le suivant : Erythème induré massif de la jambe gauche, érythème induré nodulaire de la jambe droite.

Si l'aspect objectif des lésions que présente cette jeune fille nous fait porter ce diagnostic, l'étude de ses antécédents et de son état général vient le corroborer.

Cette jeune fille, âgée de 15 ans, grande et bien développée, présente la belle carnation que l'on trouve souvent chez les sujets scrofuleux et une hypertrophie mammaire tout à fait remarquable. Les seins peuvent être comparés à ceux d'une belle nourrice.

Ajoutons de suite qu'elle est vierge. Le tégument est d'une blancheur éclatante ; il y a absence complète de poils au pubis et très peu de poils dans les creux axillaires ; la malade est réglée depuis l'âge de 13 ans ; les menstruations sont irrégulières.

La face est un peu joufflue et les joues présentent une belle coloration rosée ; mais on est frappé tout de suite par l'aspect des yeux ; les bords des paupières inférieures dépourvus complètement de cils, ceux des supérieures garnis de cils rares sont de couleur rouge vif. Ils ont été le siège d'une blépharite chronique ayant débuté, au dire de la malade, à l'âge de 5 ans. Cette jeune fille aurait eu dans son enfance la scarlatine et la fièvre typhoïde,des gourmes, des glandes au cou et est sujette à s'enrhumer facilement tous les hivers. L'auscultation est absolument négative de toute lésion.

Elle présente tous les attributs du tempérament scrofuleux, et, à cet égard, rentre dans la règle quant à l'étiologie de l'affection cutanée dont elle est atteinte.

J'attire l'attention sur sa dentition qni offre des altérations remarquables. Elles portent surtout sur les incisives. Les quatre incisives supérieures présentent des sillons transversaux, et ce genre d'altération décrit par Parrot, sous le nom d'atrophie dentaire sulciforme ; les deux incisives médianes supérieures sont atteintes de même façon. Les quatre canines sont effilées, pointues ; atrophie cuspidienne. Enfin la première grosse molaire droite est cariée. Ce sont là des lésions qui rentrent absolument dans le type des altérations dentaires rapportées à la syphilis héréditaire. Sa mère est morte d'une hernie, paraît-il ; la malade

a une sœur actuellement âgée de 23 ans et bien portante.

Deux petits frères, nés entre cette sœur et la malade, sont morts en bas âge, l'un à 8 mois, l'autre à 2 ans. Elle se trouve donc être la quatrième enfant et la dernière. Le père a été vu par nous et reconnu indemne de syphilis.

Observation II

Colcott Fox, 1893, *British journal of Dermatology*. London. *Scrofuloderma ins Westsminster hospital report's*, vol. IV, 1888, p. 144.

Annie B., âgée de 17 ans 1/2, est envoyée d'une maison pour femmes abandonnées. C'est une forte fille avec toutefois une petite taille et une apparence maladive. Le tiers inférieur des 2 jambes sur tout son pourtour porte une douzaine de nodosités, de la dimension d'une noisette, de couleur violacée, très indolentes, saillantes, arrondies ou ovalaires. Sur quelques-unes, une plaque desquamative ; d'autres ont disparu, laissant une tache livide. Sur la partie antérieure du milieu du tibia, peut être sentie, mais non vue, dans le tissu cellulaire sous-cutané, une nodosité de la dimension d'une noix.

Sur la jambe gauche, la plupart des lésions se sont ulcérées et sont confluentes dans une masse diffuse d'infiltration. L'ensemble rappelle l'aspect de syphilides, mais aucune filiation ne put relier ces lésions à l'existence d'une syphilis. Ces lésions remontent à 3 ans. Un ganglion suppuré sous-maxillaire.

Beaucoup de travaux ont été faits pour établir la nature

de ces nodules et avec quelque pressentiment je les appelai *scrofulodermes*.

En février 1888 la malade revient de nouveau à mes soins ; les jambes sont redevenues malades avec de nouveaux nodules ulcérés.

Observation III (*id.*).

Elisabeth Morphy, âgée de 17 ans, m'est arrivée le 12 octobre 1888. Je n'ai pu obtenir aucun indice de syphilis. Elle portait une douzaine de nodosités sur le mollet de chaque jambe de couleur livide, de la grosseur d'une noisette et hypodermique. Une ou deux avaient un point de suppuration comme un furoncle. On note aussi quelques cicatrices consécutives à la nécrose de nodules antérieurs. La durée de l'affection serait d'une année. Je n'ai aucun renseignement sur le résultat d'aucun traitement.

Observation IV (*id.*).

Ellen Pauline Dalton, âgée de 13 ans, arrive à l'hôpital de Westminster en 1892. C'est une fillette petite, maigre, chétive. Elle a des cicatrices profondes résultant de varicelle dans sa jeunesse. Aucune trace de syphilis héréditaire, sauf toutefois la petite taille de ses incisives supérieures. Antécédents ni syphilitiques ni tuberculeux familials ou per-

sonnels. Elle souffrait d'engelures l'hiver dernier et les quelques précédents. Durant les 4 derniers mois, elle a vu se développer des nodules sur ses jambes, à la jonction des mollets avec le tiers inférieur des jambes. Les nodules sont indolents, profondément situés d'abord et mieux perçus au toucher qu'à la vue. Ils ne sont pas prurigineux. Ils font saillie graduellement ; la peau qui les recouvre rougit et prend une teinte violacée, s'ouvre sur certains points, laissant des ulcérations profondes, arrondies, à bords taillés à pic, exactement comme ceux des gommes syphilitiques. Quand la jeune fille arrive dans notre service, il y a quelques nodules de la grosseur d'un pois à celle d'une noisette ; quelques-uns forment une masse confluente, avec d'autres disséminées autour. D'autres sont nécrosés, laissant un ulcère circulaire à bords nets.

Il y avait aussi quelques follicules enflammés et indurés comme un furoncle, complication due vraisemblablement à une infection secondaire et surajoutée. L'enfant a été traitée par une mixture à l'iodure de potassium et un onguent à l'iodoforme pendant quelques mois. Les ulcères se sont cicatrisés lentement, mais les nodules n'ont pas disparu complètement (juin 1892).

Observation V (*id.*).

E. Münt, âgée de 15 ans, fillette d'apparence de bonne santé, avec adénite cervicale chronique, arrive à l'hôpital le 13 juin 1893. Aucun antécédent syphilitique, 5 frères et

sœurs vivants et bien portants, mais a perdu 1 frère et 2 sœurs dans leur enfance. Elle présente des nodules violacés typiques, de la dimension d'un pois, dans l'épaisseur de la peau du tiers inférieur des jambes. Les nodules étaient au nombre d'une douzaine et remontaient d'après la malade à 3 mois. J'ai ordonné de les frotter avec un liniment camphré composé et ai fait prendre à la malade une mixture au sulfate de fer. Le 22 mars 1893, tous les nodules étaient disparus.

Observation VI (*id.*).

Annie B., 22 ans, domestique, bien nourrie, mais pâle et d'aspect indolent, arrive à l'hôpital de Westminster en février 92, ayant été obligée de quitter sa place à cause d'une affection douloureuse des jambes. Elle n'a jamais été malade jusqu'à ce moment, sauf une scarlatine. Son père est mort à l'âge moyen, sa mère est atteinte de bronchite chronique. Elle a deux frères et une sœur vivants et en bonne santé, une sœur est morte de phtisie, un frère de 16 ans mort de cause inconnue. Aucune éruption générale, aucun antécédent syphilitique.

Les dents sont bonnes, n'a jamais eu d'engelures, mais souffre du froid aux pieds. Il y a 5 ans, après une attaque de scarlatine, rhumatisme et hydropisie. Elle fut pendant 4 semaines dans le *Reading hospital* avec un mal aux jambes dû à l'ulcération de nodosités sous-cutanées des jambes et du dos des doigts et des mains. Des cicatrices persistent et

sont facilement visibles à ces endroits. Il y a 8 mois, ces nodosités reparaissent sur les jambes mais guérissent. Depuis Noël 1892, elles se sont reformées ; il n'y a pas de varices, mais les jambes sont enflées au niveau du cou de pied. Sur la jambe gauche, on note une grande surface irrégulière d'infiltration dure et violacée sur le côté externe et postérieur de son tiers inférieur et cette infiltration s'est ouverte ça et là, formant des ulcérations qui tendent à devenir confluentes avec des bords à pic, sinueux et au fond net. Sur le côté postéro-interne de la jambe, de la malléole au tiers inférieur de la cuisse inclusivement, sont disséminées une vingtaine de lésions nodulaires, dont une ou deux font des taches cicatricielles arrondies ou ovales. Les lésions commencent dans la profondeur sous forme de noyaux du volume d'un pois à celui d'une noisette, perceptibles au toucher, non à la vue ; complètement indolores et la peau est envahie lentement et forme une tache rouge sombre ou violacée, arrondie ou ovale, pour donner progressivement une saillie très apparente de la taille d'une noix. Finalement, la moitié des lésions s'ouvre exactement comme des gommes. La jambe droite présente les mêmes lésions mais moins étendues. La malade entre à l'hôpital et est mise au lit. On lui donne *mist hydrarg. biniodidi*. Sous l'influence du traitement, ou pendant ce dernier, les jambes, rapidement, évoluent vers la guérison.

Observation VII (*id.*).

Mme G., âgée de 46 ans, m'est amenée le 26 avril 1893 souffrant des jambes. C'est une femme forte ayant eu 2 enfants, le premier mort jeune, le deuxième, quoique toujours délicat, est vivant, âgé de 11 ans et bien portant. Il y a 18 mois que Mme G. a remarqué des nodules sous la peau des jambes et la syphilis a été diagnostiquée en même temps qu'un traitement hydrargyrique et surtout ioduré était institué, mais sans aucune action sur la maladie. Malgré une vie un peu irrégulière, Mr G. avant son mariage n'a pas eu la syphilis. La malade toutefois a souffert d'ulcérations de la langue, mais elle est très dyspeptique et aucune cicatrice ne persiste nulle part. A l'examen, trois nodules livides, de la dimension d'une noisette, peuvent être vus faisant saillie autour de chaque jambe, de la cheville au genou, et environ une douzaine d'autres sont situés plus ou moins profondément. Elle rapporte qu'ils ont commencé sous la peau, l'ont graduellement envahie en formant une tache livide ; après un temps ils s'affaissent ou s'ouvrent par un petit pertuis et laissent sourdre un peu de liquide. Au-dessus d'un genou est un groupe confluent de trois nodules. Les jambes sont un peu œdémateuses et quelques veines proéminentes. Les nodules sont douloureux vers la fin du jour, quand la marche a été trop prolongée. J'ai ordonné, à l'intérieur, *mist hydrarg biniodidi* ; les nodules devaient être

pansés avec un liniment iodé, et les jambes soigneusement bandées. L'œdème et la douleur disparurent, le nodule ulcéré guérit, les autres s'affaissèrent, un ou deux disparurent et la malade était améliorée. Mais, après 1 mois de traitement, la majorité des nodules persistait, aussi fermes, de la dimension d'une noix dans l'épaisseur de la peau et plusieurs faisaient déjà des taches livides sur la peau.

La nature des cas suivants est discutée.

Observation VIII (*id.*).

Une jambe seulement atteinte.

Mary R., 41 ans, vient à mon service le 26 octobre 1892. C'est une forte Irlandaise, haute en couleur, blanchisseuse. Sur le dos d'une jambe seulement, sur le bord inférieur du gastrocnémien, est une aire d'infiltration livide et une ulcération. L'aire infiltrée est nettement formée de nodules distincts et quelques nodules cyanotiques, discrètement, répandus à l'entour, peuvent être observés et sentis. Durée : 5 ou 6 mois. Je ne puis obtenir aucune histoire de syphilis. Traitement par l'iodure de potassium, pansement par un onguent à l'iodoforme et l'eucalyptus. Aucune amélioration; au contraire, de nouveaux nodules apparaissent sur le côté externe de la jambe ; le plus ancien se nécrose, laissant une ulcération à bords à pic.

Observation IX (*id.*).

Erythème induré compliqué de lupus érythémateux. Elisabeth P., 28 ans, cuisinière, m'est envoyée par le Dr Charlsley, le 10 août 1892. N'est pas robuste mais corpulente. Pâle, physique chétif, mains habituellement froides. Quelques oncles et tantes maternels morts de tuberculose. Ses père et mère, frères et sœurs, bien portants. Sur la partie postérieure de l'oreille, de chaque côté, on trouve une ou deux taches érythémateuses chroniques. Sur le dos d'un doigt, une autre macule à peu près remplacée par une cicatrice. Sur la ligne médiane du front, à la jonction avec les cheveux et sur leur ligne d'implantation, deux plaques de lupus érythémateux, dont l'une profonde, arrondie, cicatricielle, de la dimension d'une 1/2 couronne. Ces lésions sont apparues il y a 4 ans, et je fis le diagnostic de lupus érythémateux, quoique l'étendue de la grande et profonde cicatrice du front m'ait embarrassé. Mais il y avait d'autres lésions ; sur une oreille une pâle, dure papule, de la dimension presque d'un pois et couverte de squames cornées légères ; sur le côté interne de chaque jambe, sous le mollet se trouvaient 3 ou 4 cicatrices arrondies, bien marquées, de la dimension d'une pièce de 3 penny, et autour d'eux quelques nodules profondément situés, indolores, de la dimension d'un pois, perceptibles au toucher et non à la vue. Elle dit qu'elle a souffert de cette éruption des jambes à l'âge de 14 ans.

En janvier 1893, la malade entre à l'hôpital parce que la maladie de peau la gêne grandement pour son emploi. Elle présente alors des nodules typiques, violacés, de la dimension d'un pois, sur le bord inférieur des gastrocnémiens. Ils sont disséminés, mais il y a une masse confluente infiltrée. J'ai découvert à la palpation aussi sur le dos de quelques doigts d'une main, profondément situés et mobiles, des noyaux durs ne colorant pas et ne soulevant pas la peau, qui ne me semblent pas être des nodules rhumatismaux. Le long des doigts, en outre, sont quelques petits nodules inflammatoires de la dimension d'un pois, dont quelques-uns pustuleux. J'ai détruit les lésions de la face et le séjour au lit a un très favorable effet sur les lésions des jambes, mais elles ne sont pas guéries.

Observation X (*id.*).

Mme E., 36 ans, vient à Westminster Hôpital le 28 septembre 1892. Je l'avais déjà soignée pour une gomme syphilitique, que j'avais diagnostiquée. A la deuxième visite, elle a un noyau saillant, de la dimension d'une grosse noisette, que je trouve être en apparence analogue à une lésion d'érythème noueux. Sur le dos de la main gauche, je trouve deux ou trois lésions profondes que je diagnostique nodules rhumatismaux fibrineux. Mme E. a souffert de rhumatismes, il y a 22 années. Comme l'iodure de potassium que la malade avait pris, de son propre chef, pendant quelques semaines, était demeuré sans effet, je lui ordonnai

une potion au salicylate de soude. Mais elle ne fut pas soulagée et les lésions demeurèrent sans changement. Je note quelques cicatrices le long des jambes qu'elle attribue à des brûlures mais leur forme arrondie et leurs dimensions comme un ongle ne me semblaient pas conformes à cette explication. A un examen ultérieur, je découvris par la palpation un certain nombre de nodules sous-cutanés, juste au-dessous du mollet gauche et, sur un ou deux, la peau avait pris une coloration purpurique. J'administrai de nouveau de l'iodure de potassium et du biiodure de mercure et un noyau saillant analogue à l'érythème noueux disparut lentement, mais les autres nodules persistèrent.

Ses lésions sont nodulaires, naissent dans l'hypoderme et peuvent rester très longtemps sans déterminer un relief appréciable de la peau qui les recouvre ; la palpation peut alors seule les déceler. Toutefois elles englobent les couches superficielles, et la peau prend une coloration rouge comme dans l'érythème noueux ; plus tard, teinte violacée, mais il n'y a pas la même succession de teintes que dans cette maladie. Dimensions d'un pois à celles d'une noisette ; parfois plus grandes, sur les doigts plus petites en général. Evolution indolore.

Terminaison par résolution partielle ou complète, d'où résultent des aires atrophiées ; suppuration ou nécrose en masse. Pas de suppuration totale mais ouverture d'un pertuis, par où s'écoule un séro-pus. La suppuratation totale n'est pas cependant une rareté, il y a alors analogie très grande avec les gommes syphilitiques.

Les nodules sont généralement arrondis ou ovoïdes.

Dissémination discrète en général, 6 à 10 par membre,

confluence possible. Dans ces cas, il y a des aires infiltrées, considérables, et les ulcérations ont un aspect polycyclique, analogue à celui des gommes syphilitiques. Pour Besnier il y a ulcération après un traumatisme seulement.

Observation XI

Erythème induré des scrofuleux de Bazin, par Glascow Patteson de l'hôpital Saint-Vincent de Dublin.

Mary R., 18 ans vient à la consultation externe de l'hôpital en novembre 1889. Elle ne paraissait pas bien portante, avec un teint blême, les ailes du nez et les lèvres épaissies.

Elle souffrait de nombreux petits ulcères à l'emporte-pièce indolents, de situation inhabituelle, sur la partie antérieure des deux jambes. La peau environnante était cyanosée, très infiltrée, mais mobile sur les tissus sous-jacents. Nombreux nodules apparents, peu élevés, bien sentis sous la peau, à pigmentation brune superficielle. Quelques-uns s'étaient ouverts et avaient laissé sourdre par un orifice petit, un peu de séro-pus. Ces lésions étaient absolument indolores, paraissant s'être propagées par infection directe du tissu,sans aucune tendance à la résolution. Elles étaient symétriques, et aucune autre partie du corps n'était atteinte. Aucune adénite ni inguinale ni autre. Aucune histoire de syphilis ni héréditaire ni acquise,

mais j'étais si certain du caractère des ulcères qui ressemblaient à des gommes ouvertes, que la patiente était soumise à des frictions mercurielles locales. Ce traitement poursuivi pendant quelques mois, alternant avec un traitement tonique, ne donna aucune amélioration. Il y eut plusieurs récidives avec induration, douleurs et formation de croûtes analogues à celles du lupus au début. En même temps, irrégularités de menstruation ; et je l'avais considérée comme un cas de syphilis normale, quand, en octobre 1891, sa mère me l'amena de nouveau pour une tuméfaction cervicale. En l'examinant, je trouvai à ce niveau une traînée de ganglions gros, indurés, s'étendant d'une oreille à l'autre, le plus gros du volume d'une noix et présentant tous les caractères de l'adénite tuberculeuse. J'appris que les lésions des jambes avaient eu grande tendance à la guérison, laissant des taches brunes persistantes, mais que plusieurs s'étaient ouvertes à nouveau depuis l'apparition de l'adénite cervicale. Nombreuses ulcérations sur les deux jambes, mêmes caractères que précédemment avec inflammation, mais contours moins nets, bords plus irréguliers et décollés. Je classai l'observation dans le groupe des tuberculoses cutanées, non lupus typique mais scrofulodermie. Je fis un traitement approprié avec l'huile de foie de morue et des hypophosphites de soude et de chaux combinés avec des toniques. Une amélioration marquée s'ensuivit en quelques mois. La santé générale se remonta, la menstruation se régularisa, les ulcérations disparurent presque toutes et celles qui persistèrent allaient s'améliorant. L'adénite cervicale fondit et devint améliorée et on notait un processus général de résolution. Je l'ai vue

3 mois plus tard ; ses jambes étaient presque bien. Seules quelques cicatrices superficielles et de la pigmentation persistaient. Mais il y avait encore un engorgement marqué des ganglions cervicaux. Depuis lors j'ai perdu de vue la malade.

Observation XII

« L'érythème induré des jeunes filles », par M. le docteur G. Thibierge, *Semaine médicale.*

Cette jeune fille, actuellement âgée de 23 ans, est venue me consulter pour la première fois, à l'hôpital Saint-Louis, au mois de novembre 1893, pendant que j'avais l'honneur de suppléer mon maître, M. Besnier.

Elle présentait alors aux deux membres inférieurs des taches de coloration rouge, tirant par places un peu sur le violet ; comme dans tous les érythèmes, ces taches s'effaçaient par la pression. Déjà à la simple inspection, quelques-unes se faisaient remarquer par un caractère qui n'appartient pas aux érythèmes, par une certaine dépression de leur partie centrale. Au toucher, on constatait un caractère qui les distinguait des autres affections de ce groupe : c'était une induration de leur base ; au lieu de la souplesse du derme, on éprouvait la sensation d'un corps résistant, ferme, ayant à peu près la consistance du lard congelé, un peu moins dur que le tissu fibreux. Cette induration occupait le derme et le tissu cellulaire sous-cutané, dans toute l'étendue correspondant à la plaque érythémateuse dermique, la dépassant même quelque peu par en-

droits; ses bords étaient un peu irréguliers, comme mamelonnés; en aucun point on ne percevait de fluctuation, ni de différence dans la consistance des plaques. En somme, érythème reposant sur une plaque dure : telle était la lésion primitive.

A la jambe droite se voyait un placard présentant les dimensions d'une pièce de 5 francs. Trois placards occupaient le tiers inférieur de jambe gauche, à peu près au même niveau ; le plus interne mesurait 6 centimètres sur 4; le moyen 12 centimètres sur 12, l'externe avait à peu près les dimensions d'une pièce de 5 francs.

Ces placards étaient le siège d'une sensation de chaleur fort pénible dans la station debout, modérée dans la station assise.

L'affection remontait à l'âge de 15 ans; la malade était alors dans le commerce et obligée de se tenir debout toute la journée; des lésions semblables s'étaient, depuis ce moment, succédé presque sans interruption, occupant tantôt les deux jambes simultanément, tantôt une seule. Depuis deux ans la malade était employée au téléphone, et à aucun moment les lésions n'avaient complètement disparu.

Je prescrivis sans grand succès les applications d'emplâtre de Vigo et d'emplâtre rouge de Vidal; mais grâce au massage, joint à l'usage interne de l'huile de foie de morue et du sirop d'iodure de fer, et surtout au repos absolu, la malade n'avait plus, lorsqu'elle quittait l'hôpital au bout de deux mois et demi, qu'une seule tache, et encore celle-ci était-elle en voie de diminution. Six semaines plus tard, cette tache avait complètement disparu; mais la

malade ayant repris son travail de téléphoniste, une nouvelle plaque ne tardait pas à se montrer ; au mois de mai 1894, pour la première fois, les lésions atteignaient les cuisses. Depuis lors, des alternatives d'amélioration coïncidant avec un repos absolu ou relatif ont succédé à des aggravations produites par une reprise des occupations. En février 1895, toute trace des lésions avait encore une fois disparu à la suite d'un repos relatif ; mais au mois d'avril, la malade ayant repris un service actif, il survenait aux deux pieds un gonflement douloureux surtout marqué au niveau des malléoles externes, puis une nouvelle plaque érythémateuse à la partie externe du mollet gauche.

Aujourd'hui, les lésions sont limitées au membre inférieur gauche, sur lequel vous pouvez voir trois plaques rouges correspondant à la description que je vous ai déjà faite et présentant chacune environ les dimensions d'une pièce de 5 francs ; l'une d'elles est située sur la face postérieure de la cuisse, un peu au-dessus de sa partie moyenne, les deux autres occupent la face postérieure de la jambe, au-dessus et au-dessous du mollet.

Outre ces lésions en activité, vous pouvez constater sur la face interne de la jambe gauche, en plusieurs points de la jambe droite et sur la cuisse droite, à la partie postéro-externe de laquelle ils forment une traînée verticale, les vestiges de plusieurs des lésions qui se sont succédé depuis huit ans : ce sont de légères dépressions cupuliformes de la peau, au niveau desquelles, ainsi qu'il vous est facile de vous en assurer par la palpation, le tissu cellulaire sous-cutané n'est pas sclérosé, mais simplement diminué d'épaisseur, résorbé partiellement ; la peau elle-même ne

présente aucune lésion, n'a pas l'apparence cicatricielle ; notez seulement cette particularité que, au niveau de chacune de ces dépressions, les poils sont plus longs que sur les régions voisines.

Les antécédents héréditaires de cette maladie sont négatifs : son père est mort d'accidents alcooliques ; sa mère, encore vivante, éprouve des douleurs articulaires ; elle a une sœur bien portante et n'a pas connaissance de cas de tuberculose dans sa famille, et rien ne peut y faire soupçonner l'existence de la syphilis.

Elle-même n'a jamais fait de maladie grave, ne présente aucun antécédent syphilitique ; elle a eu dans son enfance une adénopathie sous-maxillaire gauche qui, à la vérité, n'a pas suppuré, mais que sa longue persistance rend singulièrement suspecte de tuberculose ; en outre, elle a toujours été faible, elle a toujours offert les attributs du tempérament lymphatique, à preuve l'huile de foie de morue et le sirop d'iodure de fer dont, jusqu'à l'âge de 13 ans, elle a fait usage à maintes reprises.

Actuellement encore, elle appartient à la famille des lymphatiques de par son facies, de par la tuméfaction manifeste de sa lèvre supérieure, tuméfaction qui s'est développée sans cause, sans l'intervention d'érysipèles.

De tuberculose ganglionnaire il n'y a cependant aucune trace, pas plus que de tuberculose pulmonaire.

Si les lésions cutanées que nous constatons chez cette malade présentent avec les érythèmes un caractère commun à savoir la rougeur s'effaçant à la pression, elles s'en distinguent par leur longue persistance et par la présence d'une induration qui sert de base à l'érythème noueux, la

rougeur repose sur une infiltration profonde, résistante; mais cette infiltration est infiniment moins dure, moins bien limitée; de plus, elle tend à disparaître rapidement : la coloration même des nodosités, d'un rouge intense passant progressivement par toutes les nuances des ecchymoses, révèle, avant qu'elle ne se traduise par une diminution de volume, leur tendance régressive. Notez cependant le siège aux membres inférieurs communs à ces deux affections.

Certaines phlébites circonscrites, avec lésions périveineuses prédominantes, peuvent présenter un aspect analogue à celui que nous voyons ici; mais ces lésions sont ordinairement sous la dépendance de varices, qui font défaut ici; elles sont plus douloureuses, leurs limites plus diffuses; elles sont limitées à un seul membre; enfin, leur durée est moindre.

Je ne cite que pour mémoire la sclérodermie en plaques limitée aux membres inférieurs, comme j'en ai vu deux exemples : dans ce cas, les plaques sont mieux circonscrites, lisses, blanches, entourées d'une mince bordure violacée.

Les nodosités rhumatismales ne prêtent guère non plus à la confusion : vous savez qu'on a décrit sous ce nom des tuméfactions circonscrites occupant l'hypoderme, de durée tantôt éphémère, tantôt longue, mais ne s'accompagnant pas de rougeur du tégument.

Les nodosités érythémateuses développées à la suite de l'ingestion d'iodure de potassium et que les observations de Ricord, de C. Pellizzari, de Talamon, de L. Perrin ont fait connaître, ressemblent parfois d'assez près à l'éry-

thème induré, mais elles occupent aussi bien les membres supérieurs que les membres inférieurs, évoluent rapidement, et on en retrouve facilement la cause par l'interrogatoire du malade.

Si la première impression résultant de la vue seule des lésions que nous étudions est celle d'un érythème, cette impression se modifie lorsqu'on a recours à la palpation et elles éveillent alors l'idée d'une de ces néoplasies infectieuses auxquelles on donne le nom de *gommes* et qui peuvent être de nature syphilitique ou de nature tuberculeuse. Dans les deux cas, la localisation exclusive aux membres inférieurs est déjà un fait anormal ; en outre, des gommes syphilitiques ne persisteraient pas pendant des années sans aboutir à l'ulcération, et elles ne se seraient pas modifiées favorablement par le repos aidé simplement d'un traitement reconstituant. Enfin et surtout les gommes, tant syphilitiques que tuberculeuses, sont des lésions froides, torpides, sans réaction érythémateuse du tégument : lorsque celui-ci rougit, c'est que la gomme s'est ramollie et menace de s'ouvrir au dehors. Or, chez la malade que je vous présente, il n'y a pas, il n'y a jamais eu de changement dans la consistance des lésions, rien qui indiquât l'imminence d'une perforation du tégument.

Cette jeune fille peut être considérée comme présentant un type absolument net d'érythème induré. Constamment dans cette affection, en effet, vous verrez les lésions localisées aux membres inférieurs, de préférence à la partie inférieure de la jambe ; constamment vous les verrez avec l'aspect de taches rouges plus ou moins larges, plus ou

moins nombreuses, disposées sans symétrie, reposant sur une base dure ; constamment enfin vous les verrez durer pendant des mois et des années, présenter quelque amélioration à la suite d'un repos relatif ou absolu dans la situation horizontale pour s'aggraver sur place ou se reproduire en d'autres points lors de la reprise d'un travail actif.

Observation XIII

Philippson (*Résumée*). — « Thrombo-phlébite tuberculeuse de la peau » (*Giornit. delle mal vener et della pelle*, 1898).

Sujet atteint de tuberculose ganglionnaire et de gommes ulcérées des jambes, qui dans l'espace de quelques mois a présenté, spécialement aux membres inférieurs, des nodules rouges, livides, qui se résolvent peu à peu, ou suppurent en s'ulcérant avant de se cicatriser. Ces nodules examinés à divers stades de développement montrent des lésions débutant constamment dans les veines par une thrombose avec inflammation. Plus tard il y a ramollissement et nécrose allant des veines à la périphérie. On trouve des leucocytes et des cellules géantes. Dans deux nodules présence de bacilles en voie d'involution. Inoculation négative. Plus tard reproduction d'un nodule dans l'iris d'un lapin.

Observation XIV

Leredde (*Annales de Dermatologie*, 1898). Tuberculides nodulaires des membres inférieurs.

Mme B., 35 ans, ménagère. — L'affection a débuté en novembre 1897, douleurs violentes dans les chevilles. Des nodosités dures, peu volumineuses, se sont développées au niveau des membres inférieurs et de nouvelles apparaissent sans interruption depuis 6 mois.

L'apparition des nodosités est précédée par une sensation de brûlure et de démangeaisons : dès que les éléments sont perceptibles au doigt, toute sensation spontanée disparaît ; la pression un peu vive provoque encore quelque douleur.

Les éléments se présentent à l'origine sous forme de masses dures, arrondies, du volume d'un pois, situées sur les jambes, à distance du tibia ou à son niveau ; celles qui sont voisines de l'os semblent adhérer au périoste. Peu à peu elles grossissent et se révèlent à l'œil par de la rougeur, la teinte de la peau est vive et franche. Parfois la résorption spontanée se produit, sinon la rougeur augmente et s'étale, la teinte devient violacée ; la saillie se prononce et sans douleur elle s'ulcère à sa partie moyenne. Au bout de 8, 10, 15 jours il se forme une cicatrice pigmentaire ; au centre on constate une dépression souvent régulière, parfaitement arrondie.

La malade a pris peu après le début et pendant deux mois de l'iodure de potassium à la dose de 2 grammes par jour. Ce traitement n'a modifié en rien les lésions et elle y a renoncé.

Le 24 mars 1898 on constate sur les 2 jambes une vingtaine d'éléments à tous les degrés de leur évolution. Les uns ne se perçoivent qu'à la palpation, les autres se révèlent par une teinte rouge et violacée de la peau ; au palper ils sont durs, résistants, élastiques. A la face antérieure de l'articulation tibio-tarsienne droite on trouve deux ulcérations voisines l'une de l'autre, peu profondes, d'un dessin irrégulier ; leur bord est taillé en biseau d'un côté, profond et en forme de bourrelet d'un autre. Une de ces ulcérations est subdivisée incomplètement par une languette cutanée, et paraît formée nettement par la confluence de deux ulcérations cratériformes chacune de la dimension d'une lentille. Le fond est tapissé en certains points d'un tissu jaunâtre pseudo-membraneux ; le reste a une couleur violacée, ne bourgeonne pas. A la pression on fait sortir non du pus mais du liquide séreux.

Les ulcérations sont comprises dans un tissu extrêmement dur qui détermine une légère saillie de toute la région. L'induration est disposée en plateau comme celle d'un chancre syphilitique ; elle est beaucoup plus étendue que les ulcérations qui jamais ne se produisent sur la totalité de l'infiltration. La teinte violacée de la peau déborde le tout et s'étend sans limite précise au delà de l'infiltration. La pression des lésions ulcérées n'est pas douloureuse.

La malade a toujours eu assez bonne santé. Elle a souffert cependant, il y a quelques années, d'une bronchite qui

a duré plusieurs mois. Elle n'a eu ni hémoptysie, ni pleurésie. Pas d'amaigrissement, pas de sueurs. Elle ne tousse pas habituellemsnt et digère bien.

Il y a 6 ans elle a présenté un ganglion volumineux à la partie droite du cou, il a suppuré et laissé une cicatrice. On trouve des ganglions gros et mobiles dans l'aisselle droite et de plus petits dans la gauche. Poumons sains à l'auscultation et à la percussion. N'a jamais eu d'engelures. Une fille tuberculeuse, mari tuberculeux. Une fausse couche à 3 mois et demi de grossesse en 1896.

Observation XV

Etude de la lésion de l'érythème induré de Bazin sur la notion du lymphatisme, *Ann. Derm.*, 1898. Ch. Audry.

Rosa C., 34 ans, repasseuse, entre le 17 septembre à la clinique de dermatologie salle Sainte-Cécile. Elle nous vient de la clinique médicale où elle est entrée il y a plusieurs jours et où la maladie qui l'amène à l'hôpital a été parfaitement définie et traitée. Elle a eu la rougeole pendant sa première enfance. Elle fut réglée à 12 ans, à 18 ans elle eut une péritonite à début brusque caractérisé par des coliques, des vomissements, de la constipation, tuméfaction abdominale, fièvre, elle dut séjourner au lit 3 mois. Depuis lors cessation des règles ; cependant il y a quelques mois que la malade perd pendant un jour ou deux un peu de sérosité brune. Pas de grossesse, rien d'anormal du côté du ventre ou des organes génitaux. Urines normales.

Femme un peu grasse et bouffie, à peau épaisse, intelligente et calme.

La maladie actuelle se manifesta pour la première fois, il y a 5 ans elle vit apparaître sur le tiers inférieur des deux jambes de petits placards rouges qui s'indurèrent après 2 ou 3 jours en occasionnant une légère douleur. Au bout de 15 jours

environ, tout disparut en laissant seulement, au niveau des lésions, des taches brunes, indélébiles. Depuis cette époque des poussées semblables se sont reproduites à des intervalles irréguliers de 3 ou 4 mois. Entre les poussées il ne subsistait que les taches brunes que nous avons signalées. La malade affirme que les nodosités récidivantes survenaient sur le même point que les précédentes, c'est-à-dire au niveau des taches pigmentaires. Depuis le mois de mars 1897 jusqu'au mois d'octobre de la même année, elle n'eut pas de récidive et c'est le plus long temps qu'elle ait passé ainsi depuis 5 ans. Mais à la fin de ce mois d'octobre commença la poussée actuelle qui dure depuis 2 mois et qui est la plus longue et la plus forte qu'elle ait présentée.

Comme d'habitude elle se manifeste par de la rougeur en plaque et des indurations. Les éléments éruptifs sont répandus sur la totalité du tiers inférieur des deux jambes ; les pieds sont respectés à ce moment. Les éléments ont des dimensions, un aspect variables. Généralement ce sont des plaques rondes, dont l'étendue varie de celle d'une pièce de 5 francs à celle d'une forte tête d'épingle. Quelques-unes sont brunes, la plupart d'un roux violacé : elles sont indurées en bloc, un peu douloureuses. Les plus étendues sont recouvertes d'un épiderme lisse, un peu squameux, le centre devient comme jaunâtre sous la pression et laisse percevoir une sorte de fluctuation tendue et superficielle.

Plusieurs sont ulcérées ; l'ulcération est arrondie, parfois polycyclique, peu profonde ; les bords sont violacés, mais non décollés ; le fond d'un rose violacé recouvert de pus est un peu bourgeonnant. La plupart des éléments sont

sinon douloureux, du moins sensibles, au toucher on s'aperçoit qu'il existe au-dessous de la peau, et sans que la vue nous les révèle, des nodosités plus profondes, bien limitées, exactement comparables à certains lépromes de l'hypoderme. Sensibilité tégumentaire normale. Etat général assez bon, aucune altération viscérale appréciable.

Traitement : repos, 6 grammes iodure de potassium par jour.

Le 15 novembre on procède à l'excision d'un des nodules. On voit alors que le bistouri pénètre dans une sorte de tissu spongieux très jaune, alvéolé, imbibé d'un liquide jaunâtre huileux sans trace de pus. Tout l'épiderme et le derme sont ainsi soulevés par une sorte de lac huileux qui occupe l'hypoderme. Une autre nodosité, excisée pour qu'on puisse recueillir du liquide, offre le même aspect.

Les jours suivants, amélioration notable.

Le 2 janvier la malade se plaint de souffrir des pieds. Le dos des deux pieds offre en effet un certain œdème. Les jours suivants, au milieu du dos du pied gauche, au niveau de la partie moyenne des 3e et 4e métacarpiens, il se forme une sorte de gâteau d'induration douloureuse, profond, à bords nets. La surface de coloration d'un rose violacé est beaucoup moins étendue que la surface d'induration et correspond seulement aux sommets les plus superficiels de l'infiltrat profond.

Les jours suivants la plaque se limite, se tasse. Cependant le 15 elle est encore plus étendue qu'une pièce de 5 francs, non arrondie, mais découpée, irrégulière, bosselée. A ce moment, du côté des jambes tout est cicatrisé ou guéri, il ne reste que les macules habituelles.

Suppression de l'iodure et on fait reposer la malade.

Le 18, on remarque qu'une nodosité profonde et siégeant un peu au-dessus de la malléole interne droite et qui n'était perceptible antérieurement que par le toucher devient un peu saillante et violacée. La lésion du dos du pied est à peu près stationnaire. On note sur le pied droit, deux petites saillies papuleuses, d'un rose vif et qui viennent de survenir. Jusqu'à cette époque les pieds avaient été indemnes. La teinture d'iode en applications locales a amené des douleurs assez vives perçues au niveau de la lésion du pied gauche.

Le 22, amélioration notable après quelques badigeonnages iodés.

Examen histologique. — Le fragment enlevé a été fixé par l'alcool absolu parce qu'on voulait rechercher les bacilles de Koch. Du reste, sauf un peu de rétraction, la fixation était bonne. Essence de cèdre, paraffine, coloration des coupes par l'hématéine éosine, le bleu polychrome, le picro carmin de Ranvier, l'orcéine. A recommander 12 à 14 heures dans la solution d'orcéine (formule de Mibelli, solution alcoolique et acide) quelques minutes dans le bleu polychrome ; décoloration par le tannin orange G. de Grübler ; la décoloration par le Wasserblau ou la fuchsine ne donne pas de préparations aussi élégantes.

Epiderme. — A un point de vue général, on peut dire que l'épiderme est normal ; tout au plus peut-on noter une certaine minceur de la couche cornée desquamante ; le stratum granuleux et le corps muqueux de Malpighi sont absolument sains.

En plusieurs points,la couche génératrice offre un aspect assez singulier ; les cellules cylindriques en sont devenues extraordinairement effilées, allongées parallèlement entre elles, perpendiculairement à la basale.

Les noyaux ont, bien entendu, subi la même déformation en longueur ; généralement cet allongement est limité à la couche génératrice seule ; en quelques points, le plan adjacent de cellules malpighiennes participe à la déformation. Du reste, pas d'exagération de la diapédèse, pas de vacuolisation périnucléaire.

La basale semble un peu épaissie.

Derme papillaire et sous-papillaire. — Il est absolument normal au point de vue de la disposition générale du nombre et de l'état des cellules ; le tissu élastique est peut-être un peu plus délicat que d'habitude ; enfin les faisceaux conjontifs sont épais et compacts.

Les vaisseaux sanguins et lymphatiques sont assurément dilatés, le manchon diapédétique périvasculaire est à peine plus fourni que normalement. Plusieurs artérioles offrent des signes d'inflammation légère se traduisant par l'épaississement de la paroi, et l'état globuleux de l'endothélium. Ça et là quelques rares infiltrats où on constate facilement l'existence de cellules plasmatiques en assez grand nombre.

Derme profond et l'hypoderme. — Les lésions commencent immédiatement au-dessous de l'étage du derme qui renferme les glomérules sudoripares.

Parmi ces glandes les unes sont complètement saines, les autres offrent une certaine exagération de l'infiltration diapédétique périglandulaire.

La lésion apparaît d'abord constituée par un lac d'œdème. Celui-ci est représenté par un exsudat très finement granuleux, coloré par tous les colorants du fond, à la manière du tissu conjontif. Sur les bords cet exsudat est rempli de cellules grandes, irrégulièrement arrondies ou ovalaires, à protoplasma clair, probablement nues, munies d'un petit noyau excentrique fortement coloré en bleu : ces cellules sont sur les bords en contact les unes avec les autres tellement elles sont abondantes ; au centre de l'exsudat, elles sont disséminées et dispersées, je les considère comme de grands leucocytes mononucléaires ayant subi une tuméfaction presque comparable à celle qui les frappe dans certains infiltrats actynomycosiques.

Le tissu conjonctif ambiant ne présente aucune réaction de voisinage ; il cesse d'être, et on s'en rend compte en examinant les préparations à l'orcéine ; la disparition du tissu élastique dessine les limites du lac d'œdème. On peut se demander si ce dernier exerce une érosion sur la substance conjonctive immédiatement adjacente ; je suis très porté à l'admettre.

Ça et là on voit au pourtour quelques infiltrats peu denses de cellules plasmatiques et de lymphocytes. Je n'ai pas aperçu de cellules isoplastiques (mastzellen).

Plus profondément, cet exsudat acquiert des caractères particuliers, il est comme découpé à l'emporte-pièce par des cavités arrondies de plus en plus nombreuses. Il arrive ainsi à constituer une véritable éponge dont les alvéoles sont vides maintenant et contenaient probablement autrefois la graisse qui a pris l'apparence huileuse dont nous avons noté l'existence macroscopique.

Les cloisons qui limitent et déterminent les alvéoles sont minces, tantôt elles sont constituées par un réticulum conjonctif muni de quelques cellules ; tantôt ce réticulum a subi une dégénération qui le transforme en bloc granuleux opaque, presque sans structure, et où apparaissent des cellules de plus en plus rares.

Il en est ainsi dans les plans les plus profonds où ces dernières arrivent à manquer.

Aucune autre altération ne peut être constatée, que cet œdème dégénératif remarquable par l'absence de phénomènes réactionnels, par la présence sur les bords de nombreux éléments que j'ai considérés comme de grands leucocytes mononucléaires, peut-être par l'érosion marginale du tissu conjonctif, enfin par l'état pâteux, spongieux de toute la région profonde de l'hypoderme.

La recherche des bacilles de Koch et la culture furent négatives.

L'inoculation au cobaye fut négative.

Observation XVI

Johson. — (*Résumée in These-Pautrier*). « Erythème induré et granulome nécrotique chez le même sujet. » *Indurated erythema and necrotic granuloma in the same subject. Journal of cutaneous diseases*, juillet 1899.

Jeune fille de 16 ans, anémique, à facies scrofuleux. Adénites cervicales marquées mais non ramollies. Nombreuses lésions d'érythème induré aux jambes, dont plusieurs ulcérées. Aux mains et aux avant-bras, lésions du type anciennement appelé hydrosadénite que Johnson appelle granulome nécrotique et qui ne sont autres que des tuberculides. Ce sont des nodules pâles siégeant dans le tissu sous-cutané ou à la partie profonde du derme, se développant très lentement, pouvant mettre un an pour atteindre leur évolution totale. Lorsque le nodule est devenu adhérent à la peau, il se forme une papule rose, puis rouge cuivré, le centre se nécrose et il se forme une petite cicatrice. Ces lésions sont isolées et disséminées sans groupement. Elles s'aggravent en hiver et s'améliorent en été.

Examen histologique. — Les altérations de l'érythème induré débutent à la partie profonde du derme. On constate un œdème qui dissocie les fibres conjonctives et une

infiltration cellulaire autour des vaisseaux, composée surtout de lymphocytes et de cellules épithélioïdes fusiformes, à gros noyau ovoïde et de cellules fixes du tissu conjonctif. Il n'y a pas de cellule géante, mais des foyers de nécrose qui expliquent l'ulcération. Pas trouvé de bacilles.

Les lésions du granulome nécrotique débutent par la partie profonde du derme ou par l'hypoderme. On constate des foyers d'infiltration cellulaire périvasculaire formés de lymphocytes, de cellules épithélioïdes et de cellules géantes. Cette infiltration s'étend aussi autour des glomérules sudoripares, des follicules et des glandes sébacées.

Dans la lésion ayant atteint son complet développement on trouve la structure du follicule tuberculeux. La nécrose est amenée par l'oblitération des vaisseaux. Pas de bacilles.

Observation XVII

A. Fournier. — *Société de Dermatologie*, 1899, p. 124, *Maladie de Bazin, type à ulcérations cutanées, type à nodosités sous-cutanées* (*Résumée*).

Obs. I. — M. A..., âgée de 24 ans, marchande de volailles. Cette malade ne présente pas d'antécédents pathologiques familiaux notables. Il existe cependant, parmi ses collatéraux, une polymortalité infantile digne d'être rapportée. Voici, d'ailleurs, ce qu'elle raconte à ce sujet, etc.

La malade née à terme a été élevée au sein par sa mère. Elle a eu une enfance chétive. Toute jeune, elle fut sujette aux *gourmes* qui durèrent assez longtemps, sans qu'elle puisse rien préciser à cet égard. Vers 10 ans elle fut atteinte de rougeole, à 12 ans de varicelle. Quelque temps après cette dernière maladie, *il lui vient des humeurs plein la figure et les mains*, cela pendant deux mois environ. Des cicatrices blanches sans caractères particuliers représentent, à la joue gauche notamment et à la lèvre inférieure, les vestiges de cette affection indéterminée. A 15 ans, influenza.

Un an plus tard, 16 ans, la malade se marie. Immédiatement, survient une grossesse qui se termine au bout de

huit mois par la naissance d'un enfant vivant qui succombe deux mois après de débilité native. Ni à la naissance, ni pendant sa courte existence, cet enfant n'a présenté d'éruption cutanée ou muqueuse. Il ne paraît pas non plus avoir présenté aucun vice de conformation.

Pendant toute sa grossesse, la santé de la malade a été très bonne. L'accouchement et suite de couches n'ont rien présenté que de normal. Cependant, depuis cette époque, il existe un léger état dysménorrhéïque, et les périodes menstruelles sont très irrégulières.

Aucun antécédent de syphilis, jamais de maux de gorge, jamais de céphalée digne d'être remarquée. A aucun moment la malade n'a présenté de chutes de cheveux ou de boutons en un point quelconque du corps.

Actuellement, est entrée à l'hôpital Saint-Louis le 21 janvier 1899 dans le service de M. le professeur Fournier pour des ulcérations siégeant sur les jambes et présentant, toutes, les caractères objectifs suivants :

Lésions ulcéreuses profondes de 2 à 3 millimètres au maximum, à bords extrêmement nets, non décollés, taillés à pic, à fond jaune grisâtre, assez régulier, non bourgeonnant et non suppurant. Chacune de ces ulcérations est entourée d'une zone rouge vif, inflammatoire, d'une largeur d'un centimètre à un centimètre et demi, mal limitée, se confondant d'une part insensiblement avec la peau saine, et, d'autre part, avec les ulcérations voisines. Au toucher, on détermine au niveau de cette surface rouge une légère douleur.

En prenant, entre le pouce et l'index, les bords de l'une quelconque de ces ulcérations, on fait sourdre à sa sur-

face, non pas du pus franc mais une sérosité louche. On constate, en outre, qu'il n'existe au-dessous de l'ulcère aucune induration appréciable comme celle qui résulterait de la présence d'une néoplasie ; les tissus sous-jacents présentent seulement une légère infiltration. Enfin, il n'y a pas d'adhérences avec les parties profondes.

Quelle est la répartition de ces lésions ?

Jambe gauche. — A la région antérieure et moyenne, on constate la présence de trois ulcérations siégeant, l'une, la plus grande, immédiatement en dehors de la crête du tibia, et les deux autres immédiatement en dedans de cette même ligne. La première ulcération est ovalaire à grand axe oblique de bas en haut et de dedans en dehors, à circonférence presque régulière, sauf à sa partie supérieure. Ses dimensions sont environ de deux centimètres et demi sur un centimètre et demi.

Les deux autres ulcérations sont assez régulièrement arrondies et d'un diamètre un peu inférieur à celui d'une pièce de 50 centimes.

A la partie inférieure de la même jambe, un peu au-dessus du cou de pied, se trouvent deux ulcérations situées à côté l'une de l'autre et de dimensions analogues. Enfin, au niveau de la malléole interne, et sur cette malléole même, se voit une dernière ulcération de la largeur d'une grosse lentille. En somme, six ulcérations sur la jambe gauche.

Jambe droite. — Un peu au-dessus de la région moyenne et antérieure de cette jambe, il existe deux ulcérations de la dimension d'une pièce de 20 centimes et c'est tout.

Début et évolution des lésions. — Le début de l'affection remonte à 3 mois environ. A cette époque, la malade a présenté, dit-elle, sans cause apparente, sur les jambes, la gauche d'abord puis la droite, de tous petits boutons prurigineux qu'elle a excoriés par le grattage. Ces excoriations se sont aggrandies lentement ; puis, tandis que quelques-unes, après une courte durée, se sont cicatrisées spontanément, d'autres ont continué à s'accroître pour prendre les dimensions et les caractères que nous venons de relater plus haut. Les dires de la malade semblent de tous points confirmés par l'examen des jambes. D'une part, on voit en effet disséminés ça et là, à leur surface antéro-externe, une douzaine de petites cicatrices ayant les dimensions d'une lentille en moyenne, et déprimées à leur centre ; les unes légèrement foncées, les autres rosées ou violacées. Trois ou quatre d'entre elles sont encore croûtelleuses, squamelleuses. D'autre part, à côté des ulcérations et des cicatrices précédentes, on voit également, à la partie antéro-externe des deux jambes, de petits éléments acnéiformes, de la grosseur d'un grain de mil ou même d'une tête d'épingle, à sommet vésiculo-pustuleux et que la malade indique nettement comme étant le point de départ des ulcérations. Quelques-uns de ces éléments sont excoriés et sont recouverts d'une croûtelle brun rougeâtre de sang coagulé.

Signalons enfin le siège exclusif des lésions à la région antérieure et externe des jambes, tandis que le mollet et toute la région postérieure en sont complètement indemnes (ni ulcérations, ni cicatrices, ni éléments acnéiformes), l'absence du moindre œdème, l'absence de varices (sauf

quelques légères varicosités) ; l'absence de troubles de la sensibilité ; la présence normale des réflexes rotuliens.

Autres régions. — Rien, sauf l'état cyanotique des mains et des pieds augmentant sous l'influence du froid. Eruption acnéiforme des bras avec petites cicatrices blanchâtres.

Adénopathies légères, au cou, aux aisselles et aux aines. Etat général satisfaisant.

Exerce un métier qui l'oblige à rester debout la plus grande partie de la journée et à vivre en plein air en toutes saisons.

Traitement : Sirop d'iodure de fer; vin de gentiane, bains répétés, pansements par occlusion. Guérison rapide. Exeat.

Se repose quelques jours et fait des applications d'emplâtre de Vigo. Le 15, la malade se remet au travail, toutes les ulcérations s'ouvrent à nouveau. Revient à l'hôpital où le même traitement produit à nouveau une réelle amélioration.

Observation XVIII (*id.*, *résumée*).

L. B., âgée de 23 ans, couturière.

Il s'agit d'une malade chez qui, il y a deux mois, apparut, au niveau de la partie inférieure de la face interne du tibia, une nodosité de la grosseur d'un grain de chènevis. Cette nodosité augmenta dans la suite pour arriver en deux mois au volume d'un œuf de pigeon.

Puis se montrèrent au niveau de la face interne de la cuisse gauche trois ou quatre nodosités de la grosseur d'un petit pois, enchâssées dans le derme.

A la face postérieure de la cuisse, autre nodosité un peu plus volumineuse que les précédentes.

A la jambe droite on retrouve encore des nodosités ; les unes sont petites et dures ; les autres sont grosses et empâtées ; ces nodosités sont douloureuses au toucher même par le simple frottement de la jupe, mais non spontanément. Elles occupent la couche cellulo-adipeuse sous-cutanée.

Leur surface d'abord rouge devient plus tard violacée. Les plus petites nodosités peu visibles sont les plus appréciables au toucher. Prise entre les doigts leur surface ne se plisse pas. Au niveau du tendon d'Achille une de ces nodosités s'est ulcérée ; cette ulcération à contours arrondis, d'aspect nécrosique, a succédé à un soulèvement épidermique qui s'est ouvert, donnant issue à un liquide séreux.

Il y a 10 jours, apparition au niveau de la partie moyenne de la face postérieure du bras droit d'une nodosité intra-dermique, à surface légèrement violacée, du volume d'un gros pois et douloureuse au toucher.

En même temps, prit naissance une autre nodosité plus grosse, mal limitée, située à la partie supérieure interne de la face postérieure du bras gauche, adhérente à la face profonde du derme, mais ne trahissant sa présence par aucun changement de coloration de la peau.

Bon état général : toujours les extrémités froides.

Engelures fréquentes dans sa jeunesse et encore maintenant.

Observation XIX

Thibierge et Ravaut. — « Les lésions et la nature de l'érythème induré », *Ann. Derm.*, 1899, p. 513.

Erythème induré non ulcéré des deux membres inférieurs. Marie Reu, âgée de 22 ans, entrée le 23 mars à l'hôpital de la Pitié, est atteinte depuis trois ou quatre jours de lésions cutanées des membres inférieurs ; aux deux jambes, plusieurs nodosités d'un volume d'un gros pois, saillantes, de coloration rouge, de consistance ferme qui ne se sont pas modifiées depuis plusieurs années.

Sur le dos du pied gauche une plaque d'infiltration de deux travers de doigt de large sur trois de long, à contour un peu irrégulier, de coloration rouge violacé, ayant débuté en même temps que les lésions des jambes.

Biopsie. — Après anesthésie à la cocaïne, la tumeur de la partie postérieure du mollet est enlevée ; une incision rectiligne d'un centimètre et demi est faite à la peau, on tombe dans le tissu cellulaire sous-cutané et avec le doigt introduit dans cette boutonnière, on sent parfaitement la tumeur plus résistante que le tissu qui l'environne formant un noyau assez bien limité. Ce noyau n'est pas adhérent à la peau mais il adhère au tissu cellulaire qui l'entoure dont

il est impossible de l'énucléer. Ce noyau n'est pas adhérent à la peau mais il adhère au tissu. En l'arrachant, en coupant au bistouri ses adhérences on le sépare du tissu cellulaire ; cette biopsie permet de constater que la tumeur siège bien dans le tissu cellulaire sous-cutané et n'a aucune connexion avec la peau. La plaie est suturée et réunit par première intention.

Macroscopiquement, ce noyau ainsi isolé ne se distingue du tissu cellulaire voisin que par sa consistance plus ferme ; extérieurement, sa couleur est celle du tissu cellulo-graisseux normal, couleur jaune clair, due principalement à la présence de la graisse. A la coupe il s'en écoule un liquide huileux. Le parenchyme qui forme cette tumeur est grisâtre, beaucoup plus pâle que le tissu périphérique, et on constate que des bandes plus claires, d'aspect scléreux, parcourent dans tous les sens la tumeur, circonscrivant des portions de tissu et formant ainsi des lobules.

Cette pièce fut divisée en trois portions destinées à être fixées par trois réactifs différents : le sublimé acide, l'alcool phéniqué et l'acide osmique, puis incluses à la paraffine.

Examen histologique. — A un faible grossissement, on constate que les grandes bandes scléreuses qu'il était facile de voir sur la pièce avant l'inclusion circonscrivent des îlots de tissu ayant de 2 à 5 millimètres de diamètre. Ces bandes se rejoignent les unes les autres et semblent lobuler le tissu cellulaire sous-dermique ; de ces bandes partent de petits prolongements qui pénètrent dans l'intérieur des lobules, formant une sorte de cirrhose périlobulaire par rapport au lobule adipeux ou au tissu que forme la tu-

meur. Celle-ci semble donc formée de deux éléments différents, l'un constitué par de grandes bandes scléreuses, l'autre par le tissu entouré par celles-ci et qui figure leur contenu.

Si on étudie à un plus fort grossissement la structure de ces bandes, on voit que la partie fondamentale est formée par du tissu conjonctif avec, en certains points, des amas d'éléments embryonnaires centrés par un vaisseau plus ou moins altéré. Ce vaisseau semble avoir été le point de départ de la lésion ; en effet, tous les vaisseaux sont lésés mais à des degrés différents : sur certains points on voit une simple prolifération endothéliale, sur d'autres un épaississement des tuniques vasculaires, une infiltration embryonnaire péri-vasculaire s'étendant parfois assez loin du vaisseau mais dont l'intensité décroît au fur et à mesure qu'on s'en éloigne ; enfin, de certains vaisseaux il ne reste plus qu'une ébauche, l'endothélium ayant proliféré et rempli la lumière ; les parois s'étant épaissies et infiltrées de leucocytes ainsi que la périphérie, l'on ne voit plus qu'un amas de cellules disposées concentriquement et qui représentent les derniers vestiges des vaisseaux. La constance et l'intensité des lésions vasculaires montrent que les vaisseaux ont joué un grand rôle dans la production, si même ils n'ont pas été le point de départ ; à elle seule, la présence d'éléments embryonnaires à leur périphérie permettrait de faire cette hypothèse ; mais si ces lésions vasculaires, si la présence d'amas embryonnaires font présager l'origine inflammatoire de la tumeur, elles ne renseignent en rien sur sa nature et si on suit, sur toute leur étendue, ces bandes scléreuses, on trouve en quelques points, soit

au contact des vaisseaux, soit mêlées aux éléments embryonnaires qui les entourent, des grandes cellules contenant huit à dix noyaux et qui ont tous les caractères des cellules géantes ; en outre, de très nombreuses cellules épithélioïdes sont disséminées çà et là dans tout le corps de la tumeur. Nous pouvons donc résumer ainsi qu'il suit la structure de ces bandes : tissu conjonctif contenant des vaisseaux lésés qui sont le centre d'une inflammation plus ou moins étendue et enfin présence de cellules géantes et de cellules épithélioïdes. Quant au tissu compris dans l'espace circonscrit par ces travées fibreuses, nous voyons à l'aide des préparations fixées à l'acide osmique, que si, en certains points, il a la structure du tissu adipeux normal, il est remplacé en d'autres par un tissu entièrement différent. Tantôt les cloisons qui séparent chaque lobule adipeux sont infiltrées de leucocytes et sont, par cela même, plus épaisses ; tantôt elles sont complètement modifiées, augmentées de volume à tel point qu'elles semblent à elles seules former le tissu et que, par places, sur des coupes fixées au sublimé ou à l'alcool on ne constate qu'une petite cavité claire, à contour très net et qui représente la place occupée par une vésicule adipeuse. Ce tissu qui a ainsi envahi et remplacé les éléments adipeux, se colore uniformément par l'éosine. On y rencontre en certains points des éléments embryonnaires, en d'autres des granulations protéiques ; il y a là, semble-t-il, tous les stades d'une inflammation ayant évolué assez rapidement, puisqu'on peut en suivre toutes les étapes, depuis l'infiltration embryonnaire jusqu'à la dégénération granuleuse, jusqu'à la nécrose. Telles sont les principales lésions que nous révélait l'examen histologique.

Examen bactériologique. — D'autres coupes ont été colorées suivant la méthode de Ziehl et sur environ 25 que nous avons examinées il nous a été impossible de voir le bacille de Koch ni dans les cellules géantes ni dans un point quelconque de la préparation.

Observation XX (*id.*).

Erythème induré non ulcéré à éléments peu nombreux occupant les membres inférieurs.

Mlle Bec..., âgée de 24 ans, d'origine brésilienne, entre à l'hôpital de la Pitié le 27 avril 1897. Il n'y a aucune trace de tuberculose dans la famille.

Antécédents personnels. — A toujours eu, à l'exception d'attaques de nerfs assez fréquentes, une bonne santé. N'a jamais eu d'éruptions cutanées, jamais aucune des manifestations dites scrofuleuses. Jamais aucune maladie dite aiguë.

Réglée à 11 ans 1/2, règles irrégulières et douloureuses.

Depuis 2 ans, époque où des revers de fortune ont modifié sa position, elle est obligée de se livrer aux soins du ménage et passe chaque jour de longues heures debout.

Etat actuel. — A la partie supérieure du mollet gauche on voit une plaque rouge légèrement saillante de forme allongée : à la palpation on constate une infiltration siégeant immédiatement au-dessous de la peau et constituée par une

nodosité dure nettement limitée, allongée verticalement, mesurant environ le volume d'une petite amande.

A la partie externe de la cuisse droite, à 10 centimètres au-dessus du grand trochanter, existe une nodosité un peu moins volumineuse, présentant les mêmes caractères que la précédente.

La nodosité du mollet gauche a débuté il y a trois mois, la malade a éprouvé une sensation de tension dans le mollet, survenue progressivement; au bout de 15 jours, elle y a remarqué le développement d'une tuméfaction qui est devenue rouge ultérieurement.

La lésion de la cuisse droite remonte à quatre jours seulement; la malade a ressenti tout à coup une sensation de brûlure au niveau de la peau et au bout de deux jours elle a constaté la présence d'une tuméfaction rouge qui a augmenté jusqu'à son entrée.

Aucune lésion viscérale.

Facies anémique; un peu de tuméfaction des lèvres, pas d'adénopathies en aucune région du corps. Les deux nodosités sont enlevées quelques jours après l'entrée à l'hôpital.

14 juin 1899. — Nous revoyons de nouveau la malade. Elle éprouve encore dans les deux membres inférieurs des douleurs qu'elle n'avait jamais ressenties avant d'être atteinte d'érythème induré, douleurs qui sont surtout prononcées dans les temps humides; la marche est moins facile qu'auparavant. Il ne s'est pas développé de nouvelle lésion cutanée. Aucun trouble viscéral pouvant être mis sur le compte de la tuberculose.

Biopsie. — La tumeur enlevée est celle de la partie pos-

térieure et supérieure de la cuisse, elle présente les mêmes caractères que la première, mais pour élucider histologiquement l'état de la peau, une partie de celle-ci fut enlevée avec la tumeur. L'ablation se fit dans les mêmes conditions, il fallut encore recourir au toucher pour reconnaître perdue dans le tissu cellulaire sous-cutané la tumeur qu'il était impossible de distinguer à la simple vue; seule sa consistance plus dure permettait de la distinguer.

Comme pour la première pièce, il y eut 3 fixations différentes; de plus, un morceau fut inoculé au cobaye, malheureusement, quelques jours après l'inoculation l'animal fut égaré.

Examen histologique. — Au point de vue histologique les lésions constatées sont absolument les mêmes que dans le premier cas, la peau ne présente aucune lésion, pas la moindre trace d'inflammation; les lésions commencent au niveau des couches les plus inférieures du derme : ce sont tout d'abord des lésions inflammatoires ; on constate autour de quelques vaisseaux, de quelques canaux excréteurs des glandes sudoripares une légère infiltration embryonnaire bien limitée, puis au-dessous, dans le tissu-cellulaire sous cutané commencent les lésions ressemblant identiquement à celles que nous avons décrites dans le premier cas ; elles sont même plus évidentes encore, les cellules géantes étant très nombreuses, mais ce sont les mêmes lésions vasculaires les mêmes lésions du tissu adpteux.

L'examen bactériologique sur une quelconque des coupes colorées par le Ziehl n'a permis de déceler le moindre bacille de Koch.

Observations XXI

Erythème induré des membres inférieurs à éléments très nombreux dont quelques-uns sont ulcérés ; cicatrices des fesses présentant l'aspect des cicatrices de tuberculides nécrotiques ; asphyxie des extrémités ; tuberculose d'une phalange.

Der... Valérie, âgée de 15 ans, entre le 17 décembre 1898 à l'hôpital de la Pitié.

Antécédents héréditaires. — Père mort de tuberculose pulmonaire, mère bien portante a eu 6 enfants.

Antécédents personnels. — Rougeole à 3 ans, variole à 10 ans avec anasarque. Depuis cette époque a toujours été souffrante. Habitait la campagne depuis 3 ans 1/2 ; au mois d'août est revenue à Paris et a été placée dans une place où elle avait peu de travail.

Ses règles qui étaient apparues pour la première fois en mai se sont arrêtées au mois d'août pour reparaître 3 mois plus tard.

Etat actuel, jambe gauche. — Dans toute la moitié inférieure et postérieure on voit une série de taches rouges de coloration tirant un peu sur le brun et légèrement violacées. Ces taches de dimensions inégales, mesurant de 5 à 6 millimètres, ont des contours mal délimités et sont légèrement saillantes. Leur coloration disparaît presque com-

plètement à la compression et il reste seulement un fond jaune brun pâle.

A la palpation chacune de ces taches correspond à une nodosité profonde dermo-hypodermique de forme arrondie et de dimensions au moins égales à celles de la tache.

Sur les parties latérales les nodosités sont moins nombreuses ; sur la partie antérieure elles font presque complètement défaut.

Sur la face interne les nodosités semblent en voie de régression ; leur coloration est moins prononcée. Autour de la tache centrale on voit une zone dont la coloration rappelle celle des ecchymoses. En outre, l'épiderme, par places est en voie de desquamation assez prononcée. Sur le pourtour de la jambe on constate de 60 à 70 de ces taches.

Pied gauche. — Sur la face dorsale on voit une série de taches rouges rosées, moins larges que celles de la jambe et au niveau desquelles on ne perçoit plus une infiltration aussi accusée. Des éléments semblables à ceux du dos du pied s'observent en assez grand nombre sur les malléoles.

Jambe droite. — Les lésions sont analogues à celles du côté gauche mais en moins grand nombre ; elles remontent cependant à un niveau plus élevé.

On voit en outre deux ulcérations. Une des ulcérations occupant la partie externe du mollet, a une forme externe presque régulièrement arrondie et mesure 22 millimètres de diamètre ; les bords sont régulièrement taillés en talus sans décollement ni renversement ; le fond, de coloration rouge à grosses granulations, est recouvert d'un enduit jaunâtre ; le pourtour de l'ulcération, de coloration rouge

assez intense, est le siège d'une infiltration très prononcée. Plus bas et au voisinage du tendon d'Achille une autre ulcération arrondie, mesurant de 7 à 8 millimètres, reposant sur une base rouge et infiltrée, laquelle mesure 2 centimètres environ ; les bords sont moins nettement taillés, un peu plus inclinés et dans toute la partie inférieure décollés sur une étendue de 1 à 2 millimètres ; le fond est irrégulier, parsemé de grosses granulations inégales couvertes d'un enduit jaunâtre.

Pied droit. — *Id.* pied gauche.

Cuisses. — Aucune lésion apparente.

Fesses. — Sur les fesses on voit de nombreuses cicatrices jusque dans la région trochantérienne, de coloration rouge légèrement violacées, de forme allongée ou arrondie et mesurant 3 à 4 millimètres de large. Quelques-unes présentent une petite croûtelle ou squame centrale ; déprimées à leur centre, elles ont l'aspect d'une cicatrice vaccinale très petite et très superficielle. Ces cicatrices rappellent assez celles qui succèdent aux tuberculides nécrotiques.

Il n'y a nulle part sur les fesses de nodosités rappelant celles des jambes.

Nulle part on ne trouve de traces de lichen scrofulosorum.

Mains. — Sur le dos des mains, la peau a une coloration rouge, violacée, par plaques irrégulières ; elle est infiltrée, mollasse, mais ne conserve pas l'empreinte des doigts.

Sur les doigts elle a une coloration rouge violacée, est infiltrée et forme par places des noyaux diffus analogues à ce que l'on voit dans la forme acro-asphyxique de la lèpre.

En outre, à droite, sur l'articulation phalangienne du médius et des deux articulations phalangiennes de l'auriculaire, des croûtes brunes reposant sur une zone rouge violacée et légèrement desquamante.

Au-dessous, une surface en voie de réparation et déprimée. Sur la première phalange de l'index gauche, une croûte épaisse et analogue.

A gauche, sur l'articulation phalango-phalanginienne du médius, une ulcération de 15 millimètres environ avec croûte brunâtre. Sur l'articulation phalango-phalanginienne de l'auriculaire, une ulcération semblable. Sur plusieurs doigts, des cicatrices irrégulières de forme et de surfaces déprimées larges de 15 millimètres environ.

Le visage présente le facies, dit « scrofuleux », les joues et le nez sont rouges, légèrement cyanotiques; les téguments, surtout ceux du nez et des lèvres, sont infiltrés.

On trouve sous l'angle du maxillaire, du côté droit, un ganglion résistant, du volume d'une noisette,

Pas de lésions pulmonaires appréciables.

La malade séjourne à l'hôpital pendant 2 mois ; les lésions cutanées s'améliorent considérablement. L'ulcération qui n'a pas été excisée se répare complètement. La cicatrisation des lésions biopsées se fait avec une certaine lenteur.

Elle rentre le 19 avril 1899 avec des lésions du médius gauche, tuméfaction diffuse avec fistule d'origine osseuse.

Les lésions cutanées anciennes sont remplacées par des macules d'un rouge violacé pâle, au niveau de quelques-unes desquelles on perçoit de légères nodosités.

Il y a un mois, l'adénopathie sous-angulo maxillaire a

augmenté de volume et s'est ouverte spontanément, donnant issue à un écoulement de sérosité louche.

L'ouverture est fermée depuis 15 jours. Actuellement encore on sent un ganglion allongé verticalement qui roule sous le doigt.

Les mains sont toujours cyanosées.

Biopsie. — Des fragments furent prélevés en deux endroits différents ; l'un au niveau d'une tumeur sous-cutanée ; l'autre au niveau d'une ulcération. Comme dans les cas précédents il était facile de sentir, sous la peau, les noyaux indurés formés par la tumeur ; cependant au niveau de celle qui était ulcérée les limites entre la tumeur et le tissu voisin étaient moins nettes. De même que pour les cas précédents ces fragments furent fixés à l'alcool, au sublimé acide et à l'acide osmique et enfin cette fois-ci nous pûmes faire des inoculations dont on trouvera le résultat plus loin.

Examen histologique. — Ses lésions sont les mêmes que dans les cas précédents ; même disposition lobulée du tissu cellulaire sous-cutané ; mêmes lésions vasculaires, même infiltration embryonnaire ; même présence de cellules géantes et épithélioïdes ; mêmes lésions de dégénération granuleuse, de nécrose ; sur les coupes de la région ulcérée on trouve quelques lésions de dermite caractérisées par de l'épaississement des couches qui la composent et une légère infiltration embryonnaire. Cette dernière étant beaucoup plus liée à l'infection cutanée qui accompagnait la lésion qu'à la tumeur elle-même sous-jacente.

Examen bactériologique. — Sur 20 coupes colorées à la méthode de Ziehl,r ésultats aussi négatifs que précédemment.

Inoculation. — Deux cobayes furent inoculés ; l'un avec un fragment de la tumeur ulcérée, malheureusement il mourut 36 heures après l'inoculation de septicémie suraiguë causée par l'inoculation de la portion de peau ulcérée et certainement infectée. Le deuxième cobaye inoculé avec un fragment de tumeur non ulcérée maigrit assez rapidement et fut sacrifié 35 jours après l'inoculation. Il présentait une tuberculose expérimentale typique avec ganglions, foie et rate remplis de tubercules. Un deuxième cobaye fut inoculé avec la rate du précédent et présenta un mois après une tuberculose tout aussi nette que le premier ; il n'y avait donc pas de doute possible sur la nature tuberculeuse de la tumeur inoculée.

Observation XXII

Mantegazza, juin 1901. — *Annales de Dermatologie.* Clinique dermo-syphyligraphique de l'Université royale de Cagliari. *Contribution à l'étude de l'Erythème induré de Bazin.*

C. G., 12 ans, née à Cagliari, n'a aucun antécédent héréditaire permettant d'être noté. Elle a été nourrie par sa mère et n'a eu aucune des infections communes de l'enfance. Elle a eu à plusieurs reprises, dans ces dernières années, à la tête et spécialement au cuir chevelu, des lésions pustuleuses qui duraient peu de temps et se résolvaient rapidement au moyen de pansements boriqués simples. Depuis 2 ans environ les ganglions lymphatiques de la région sous-maxillaire et carotidienne gauche ont augmenté progressivement de volume, se sont ramollis et se sont transformés en abcès qui se sont ouverts à l'extérieur sans jamais se cicatriser complètement. En même temps la malade vit apparaître ça et là, sur la peau qui recouvre ces ganglions, des lésions ulcéreuses qui ont toujours persisté. Il y a 2 mois débutèrent les premières lésions des membres inférieurs ; presqu'à l'improviste apparurent sur les pieds et les jambes des taches rouges saillantes et de petits nodules peu douloureux dont quelques-uns augmen-

tèrent de volume et s'ouvrirent de façon à donner lieu à des ulcérations d'aspect variable, comme celles qu'on observe encore aujourd'hui. La malade n'a jamais eu dans ces derniers temps ni fièvre ni trouble de la santé générale.

Etat actuel. — Fille au squelette bien conformé, à la nutrition assez bonne, ayant les téguments rosés, les incisives dentelées et irrégulières. A la région préauriculaire gauche on voit une tache longue de 3 à 4 centimètres, large de 1 à 2, peu saillante, de coloration rouge cyanotique, à contours irréguliers. La surface est irrégulière et vers sa partie inférieure présente une ulcération à bords entaillés sanguinolents, tuméfiés, décollés, à fond inégal recouvert de tissu nécrotique et d'une légère sécrétion purulente. La consistance de toute la tache est pâteuse et tend à se ramollir au niveau de l'ulcération. Elle est indolente à la pression.

A la partie latérale et supérieure du cou, on constate des cicatrices irrégulières, blanches, peu pigmentées, non adhérentes à l'aponévrose sous-jacente. D'autres cicatrices, spécialement en arrière du sterno-cléido-mastoïdien, sont plus profondes, encore déprimées, de coloration brun violacé, adhérentes aux ganglions sous-jacents.

Quelques ulcérations ne sont pas encore complètement cicatrisées et un stylet pénètre dans un trajet fistuleux de 2 à 3 centimètres de profondeur jusqu'aux ganglions du cou. Ces fistules sont au nombre de 3. Les ganglions de cette région sont tous augmentés de volume et forment une masse inégale du volume d'un œuf de poule, bosselée, de consistance solide et pâteuse.

A la racine du cou, dans la région sus-claviculaire, existe une ulcération longue de 4 à 5 centimètres, ayant des caractères identiques à ceux de l'ulcération décrite ci-dessus.

Aux membres inférieurs il existe diverses lésions cutanées. Sur la région dorsale des pieds, autour des malléoles et à la partie inférieure des jambes on voit, de chaque côté, de nombreux nodules gros comme une cerise, profonds, appréciables à la palpation plutôt qu'à l'inspection, de consistance solide, de coloration rouge cyanotique, peu douloureux à la pression. De place en place on voit d'autres lésions présentant des caractères un peu différents ; elles sont plus volumineuses, plus saillantes, avec une zone rouge périphérique plus étendue, ont une consistance molle et pâteuse au centre, sont plus douloureuses à la pression. Si on suit les phases successives de leur développement on voit que quelques-unes de ces lésions s'ouvrent en laissant sortir d'un seul morceau un bloc de substance nécrosée de la grosseur d'un petit pois, de consistance pâteuse et élastique. Ainsi se produit une ulcération cratériforme avec un petit pertuis conduisant dans une étroite cavité qui secrète une petite quantité de sérosité ou de séro-pus et qui est entourée d'un bourrelet légèrement infiltré.

Outre ces nodules isolés, on trouve des taches arrondies de la largeur d'une pièce de 2 centimes ou de 5 centimes ou même plus larges, peu saillantes, de coloration rouge foncé, de consistance souple ou ferme. Quelques-unes de ces taches, occupant spécialement les régions antéro-latérales des jambes, présentent les mêmes phases régressives que les nodules ; on voit à leur surface autant d'orifices par les-

quels on pénètre dans autant de cavités revêtues de tissus nécrosés et sécrétant du pus. D'autres encore, par suite de la destruction et de la chute des cloisons qui séparent les petites cavités isolées, sont transformées en une vaste ulcération à fond inégal et peu profond, à bords saillants, avec une zone infiltrée rouge cyanotique à la périphérie.

On ne constate aucune lésion à l'examen objectif des divers appareils et organes. Aux poumons en particulier, il n'existe aucun signe suspect.

Température légèrement élevée le soir, urine normale.

La malade fut laissée en observation à la clinique pendant quelques jours pour se rendre compte de la marche de sa dermatose, spécialement des lésions des membres inférieurs. Nous constatâmes ainsi que quelques-uns des nodules décrits, après avoir atteint le maximum de leur développement commencèrent à diminuer, s'affaissèrent, prirent une teinte moins foncée et peu à peu arrivèrent à se résoudre complètement, en laissant seulement une tache brunâtre légèrement infiltrée.

Quelques ulcérations traitées seulement par des lavages détersifs à l'eau boriquée se nettoyèrent lentement à leur partie profonde, donnèrent une sécrétion moins abondante, se recouvrirent de granulations et au bout d'un temps très long (1 à 2 mois) furent remplacés par une cicatrice qui resta infiltrée, de coloration rouge brunâtre, coloration qui ne persista pas. Sur d'autres ulcérations, je voulus voir si, sous l'influence d'un traitement plus actif, elles se cicatriseraient plus rapidement. Je les grattai avec la curette de Volkmann et les cautérisai avec le thermo-cautère. Leur marche fut plus rapide que celle des ulcérations abandon-

nées à elles-mêmes; l'infiltration disparut plus promptement, les granulations furent plus belles et la cicatrice fut meilleure.

Au bout de 2 mois de séjour la malade quitta la clinique: les lésions du cou étaient améliorées, les ulcérations des jambes étaient toutes cicatrisées.

Le diagnostic clinique n'était pas difficile pour les lésions du cou : les caractères généraux des taches ulcérées et des cicatrices, la présence d'adénites chroniques avec des trajets fistuleux suffisaient pour faire admettre sûrement le diagnostic de scrofuloderme et de tuberculose ganglionnaire du cou.

Il était moins facile d'établir la nature des lésions cutanées des membres inférieurs. Ces nodules isolés nombreux, qui étaient apparus rapidement sur les deux membres, qui se résolvaient d'une façon complète en apparence, s'ulcéraient et guérissaient même sans traitement local, avaient certainement, dans leurs caractères et leur allure, quelque chose de différent des scrofulodermes observés à la région cervicale, qui s'étaient développés peu à peu, dans une région où siégeaient profondément des ganglions touchés par les processus tuberculeux, qui étaient restés circonscrits à cette région, qui ne se modifiaient que peu ou point tant que non soumis à un traitement destructeur. Tenant compte de toutes ces différences je dus rejeter l'identité clinique avec les scrofulodermes et penser plutôt à l'affection désignée par Bazin sous le nom d'érythème induré, affection dont les caractères, si on se rapporte aux descriptions qui en ont été données par d'autres que Bazin, correspondent à ceux que j'observais chez cette malade.

Guidé par cette conception diagnostique, je crus utile de faire des recherches plus précises sur le cas que le hasard m'amenait, sachant bien que la nature et la pathogénie de l'érythème induré sont loin d'être clairement établies à l'heure actuelle. Dans ce but j'excisai, pour le soumettre à l'examen histologique, un petit nodule à son début, un nodule plus gros ramolli et encore intact, mais prêt à s'ouvrir ; enfin un fragment d'une ulcération. De plus, dans quelques nodules non encore ouverts et à différentes périodes de leur développement, après avoir très soigneusement lavé la peau à l'aide de savon, de sublimé et d'alcool, de l'éther et d'eau stérilisée, je fis des incisions avec une lancette ; je grattai avec une petite curette stérilisée et j'inoculai la sérosité extraite de la sorte sur des plaques d'agar, cela dans le but de constater la présence de microbes pyogènes.

Enfin j'excisai des nodules et je grattai une ulcération après l'avoir soigneusement détergée avec de l'eau stérilisée et j'inoculai dans l'abdomen de 3 cobayes les tissus ainsi extraits après les avoir réduits en pulpe. Malheureusement, je ne pus faire de recherches histologiques sur les lésions du cou, parce que la malade s'est refusée obstinément à y laisser toucher après les excisions faites aux jambes. Il ne m'a pas été possible non plus de faire d'injection de tuberculine, ne possédant pas de cette substance au moment où la malade se trouvait à la clinique.

Les recherches m'ont donné les résultats suivants :

Examen histologique. — Un nodule du volume d'un pois excisé profondément à la face dorsale du pied gauche,

nodule de coloration rouge foncé, de consistance parenchymateuse élastique a été fixé dans l'alcool.

Déjà à un faible grossissement on voit de suite que la lésion siège assez profondément dans le tissu cellulaire sous-cutané et dans la partie la plus inférieure du derme. Là on voit une infiltration cellulaire diffuse qui, atteignant son maximum de développement dans la partie profonde, va en diminuant dans le derme où elle est circonscrite autour des vaisseaux. En observant un peu plus attentivement, on constate au milieu de cette infiltration, en apparence uniforme, de petits foyers qui ne sont pas circonscrits par des éléments cellulaires, mais par une masse amorphe dans laquelle existent de nombreuses granulations et de nombreux fragments nucléaires qui se colorent fortement par le bleu de méthylène de Unna. A un plus fort grossissement on se rend mieux compte de la structure de ces foyers. On constate, en se guidant sur les vestiges encore persistants des parois vasculaires, qu'il doit s'agir d'un vaisseau qui, en raison de la largeur et de l'épaisseur de ses parois, peut être considéré comme une veine dans laquelle se sont produites une thrombose et une nécrose. Tout autour du vaisseau thrombosé, avant d'arriver à l'infiltration cellulaire il y a une courbe dans laquelle toute structure morphologique a disparu et dans laquelle on ne voit qu'un détritus finement granuleux qui ne se colore plus par les colorants nucléaires. Dans une autre partie profonde, toujours dans le même nodule, les signes de thrombose sont encore plus évidents ; on voit à côté l'un de l'autre deux vaisseaux sectionnés transversalement dont l'un doit être une petite artère, parce que son calibre est

plus petit et ses parois plus épaisses, et l'autre une veine satellite. On y voit encore les parois de ces vaisseaux uniformément colorées en jaune par l'orange sans trace d'endothélium. Plus en dehors ces deux vaisseaux sont remplis d'une masse, colorée en brun foncé par l'hämalaun dans laquelle on voit un très grand nombre de granulations et des fragments de noyaux. Ces deux vaisseaux eux-mêmes sont entourés d'un tissu nécrosé représenté par une masse dans laquelle on voit à peine les vestiges des éléments cellulaires détruits.

En poursuivant les recherches sur diverses coupes, nous pouvons nous convaincre que, outre les foyers nécrotiques décrits, arrondis, qui ont pour origine les vaisseaux sectionnés transversalement, il y en a d'autres qui traversent les coupes longitudinalement et se bifurquent de façon à faire supposer que, eux aussi, suivent régulièrement le trajet des vaisseaux sectionnés longitudinalement, bien qu'on ne puisse mettre en évidence aucune trace de ces vaisseaux.

Les petites artères et les capillaires situés en dehors des foyers qui viennent d'être décrits ne sont pas non plus dans leur état normal. Sur beaucoup d'eux l'endothélium proliféré réduit le calibre du vaisseau et les parois sont infiltrées de leucocytes en petit nombre.

Autour des foyers de nécrose qui viennent d'être décrits se produit une infiltration inflammatoire compacte, constituée par des leucocytes pour la plupart mononucléaires, quelques-uns polynucléaires et par des rares mastzellen; cette infiltration se continue depuis les parties profondes jusque dans l'épaisseur du derme, toujours située autour

des vaisseaux, et diminue graduellement en se rapprochant de la couche papillaire.

Si on examine attentivement dans quelques points et à un fort grossissement les éléments qui constituent cette infiltration, on trouve au voisinage des vaisseaux thrombosés des caractères un peu différents qui ont en outre une valeur pour établir la nature de la lésion : on y voit une grosse cellule géante, ovale, avec de nombreux noyaux à la périphérie, à cytoplasma uniforme, se colorant seulement par places ; cet élément est entouré de cellules fusiformes à gros noyau allongé, ayant l'aspect des cellules épithélioïdes ; disséminées irrégulièrement autour de la cellule géante et entre les cellules épithélioïdes, on voit de nombreuses cellules plus petites à un seul noyau, du type des cellules lymphoïdes. Au milieu de ces éléments, des fragments de tubes de glandes sudoripares indiquent que le siège primitif de la lésion doit être autour de ces glandes. En outre, je dois noter que les faisceaux du tissu conjonctif et les fibres élastiques ont disparu dans les points occupés par l'infiltration.

Donc, en tenant compte des éléments qui constituent l'infiltration et de leur disposition, ainsi que de la disparition des tissus normaux et de la peau, nous sommes en droit d'admettre qu'il s'agit non pas d'un processus inflammatoire pur et simple mais d'un granulome.

En résumé, nous pouvons dire que dans le nodule examiné, il existe des lésions de l'appareil vasculaire, qui, tout en étant diffuses et en quelques points assez graves pour atteindre la nécrose, doivent se développer avant le petit granulome dans lequel il n'y a encore aucun indice de mé-

tamorphose régressive. Les petites artères et les veines étant ensuite atteintes d'une façon contemporaine, il est logique d'admettre que la lésion primitive a été la thrombo-artérite et que celle-ci a dû produire par continuité la thrombo-phlébite. Enfin, en ce qui concerne les rapports qui peuvent exister entre les lésions d'altération vasculaire et le granulome, il est permis de supposer qu'il y a entre les deux un lien assez étroit et que, très probablement, le même agent qui a été la cause des altérations vasculaires doit aussi avoir provoqué le granulome.

2° Nodule du volume d'une petite noisette, d'une mollesse pâteuse à son centre, de couleur rouge foncé avec une zone rouge vif à la périphérie, douloureux à la pression, fixé dans l'alcool aussitôt après son excision.

Dans la partie centrale et la plus profonde du nodule, on voit un foyer nécrotique assez étendu, dans lequel on constate la présence de quelques rares cellules géantes avec des noyaux mal colorés, des cellules dont les noyaux sont en voie de fragmentation et qui sont sur le point de disparaître, et des globules rouges désagrégés en détritus granuleux. Les fibres élastiques et les fibres conjonctives ont disparu. A la périphérie de ce foyer, dans les parties les plus élevées, se trouvent des leucocytes polynucléaires très nombreux, que l'on voit également disséminés dans le derme jusqu'à la couche papillaire, spécialement le long des vaisseaux. Quelques-uns de ces leucocytes sont éosinophiles. Au contraire, vers la partie profonde, dans le tissu cellulaire sous-cutané, les trabécules conjonctives dans lesquelles sont comprises les cellules adipeuses sont constituées par de larges stries de tissu compact, d'aspect con-

jonctif, formées d'éléments allongés et condensés entre lesquels il y a de rares leucocytes polynucléaires (bandes scléreuses de Thibierge et Ravaut).

Il est difficile de constater l'état des vaisseaux parce qu'ils sont tous remplis et entourés d'une couche compacte de leucocytes ; néanmoins dans quelques-uns on peut constater les altérations des parois que nous avons rencontrées dans le premier nodule (prolifération de l'endothélium, infiltration leucocytaire des parois) alors qu'il n'a pas été possible de démontrer l'existence de thrombose dans les artères et dans les veines. L'épiderme est aminci et traversé par un petit nombre de leucocytes qui se rassemblent sous la couche cornée.

Comme on le voit, il ne serait pas aussi facile de trouver dans ce nodule la raison de la façon dont se sont succédé les altérations, si on n'avait pas examiné l'autre nodule. Evidemment, dans ce deuxième nodule, nous voyons un processus suppuratif qui manque complètement dans l'autre et que nous devons considérer comme une complication qui n'est pas en rapport direct avec les altérations primitives. Le fait de la suppuration peut bien nous expliquer la gravité plus grande de la nécrose, laquelle est d'origine vasculaire, envahit successivement le granulome et constitue un foyer volumineux dans lequel il n'est plus possible de distinguer les tissus qui ont contribué à le constituer.

Dans la partie profonde de l'hypoderme, il y a eu autour du foyer granulomateux nécrotique une réaction avec développement de tissu conjonctif de nouvelle formation.

3° Ulcération de la grandeur d'une pièce de un centime,

présentant les caractères déjà décrits ; on la fixe par l'alcool, le sublimé et le liquide de Flemming.

Sur des coupes verticales, toute la coupe paraît infiltrée d'une grande quantité de leucocytes polynucléaires qui se réunissent en grand nombre dans les vaisseaux d'où ils sont sortis pour envahir tout le derme et une partie de l'hypoderme. Outre les globules blancs on voit de nombreux globules rouges, quelques-uns détruits, d'autres bien conservés, que l'on peut mettre bien en évidence sur les coupes fixées par le sublimé et colorées par l'hématoxyline-orangée. Tandis qu'à un examen superficiel on dirait que toute la lésion consiste en un processus inflammatoire suppuratif diffus, un examen attentif montre qu'il s'est développé dans la partie profonde de petits foyers parfaitement ronds qui se sont organisés autour d'un lobule de graisse. Ils sont constitués par des cellules allongées du type épithélioïde, ou rondes et petites avec un seul noyau, comme les cellules lymphoïdes ; de plus, il y a une ou deux cellules géantes encore bien conservées, les unes plus grosses, semblables aux cellules géantes typiques des tubercules, les autres plus petites. Autour de ces foyers qui ne sont pas au nombre de plus de deux ou trois par coupe, on voit un fin reticulum qui les circonscrit et établit comme une barrière contre l'invasion du pus.

Il n'y a pas trace de thrombose ni de nécrose. Le tissu conjonctif qui a donné naissance aux nodules a complètement disparu. L'épiderme a été détruit dans les points où commence la perte de substance de la périphérie ; il est épaissi et infiltré de nombreux leucocytes.

Donc, dans l'ulcération, la partie qui a subi la nécrose a

été éliminée, et, en dehors du processus inflammatoire diffus, il y a profondément de petits foyers microscopiques qui révèlent la nature des ulcérations.

Recherche du bacille de Koch et des pyogènes, inoculations aux animaux. — Les nombreux examens faits suivant la méthode habituelle des recherches au moyen du liquide de Ziehl ont toujours donné des résultats négatifs. Je dois avouer que le premier nodule, très petit, n'a pu me permettre qu'un petit nombre d'examens, quoi qu'il fût le mieux approprié à la recherche du bacille, parce que j'ai cru intéressant de compléter sur ce nodule mes recherches histologiques. Le deuxième nodule, et l'ulcération, à bien voir les choses, n'étaient pas les plus propres à une pareille étude, en raison de la suppuration concomitante. Ces circonstances expliquent peut-être l'insuccès de nos recherches.

Au contraire, nos efforts pour la démonstration de la présence des pyogènes ont eu un résultat favorable. Les recherches ont été faites par les méthodes déjà indiquées sur sept nodules à des périodes différentes de leur développement. De ces nodules, trois étaient stériles ; les quatre autres ont donné naissance au staphylocoque pyogène doré, dont l'identité a été confirmée non seulement par les cultures dans le bouillon, sur l'agar-ager et sur la gélatine, mais encore par l'inoculation aux animaux qui a montré qu'il s'agissait d'un staphylocoque peu virulent. Les tentatives de transmission de la tuberculose aux cobayes ont échoué complètement. Les trois animaux inoculés à l'abdomen, autopsiés au bout de 4 mois, n'ont présenté aucune localisation tuberculeuse.

Observation XXIII (*id.*).

F.-F., âgée de 15 ans, née à Florence, entre en juin 1900 dans la division dermo-syphilopathique de l'hôpital Santa-Maria-Nuova, que je dirigeais pendant le quadrimestre d'été. Comme antécédents héréditaires, il faut noter qu'un frère de 2 ans est mort de méningite basilaire probablement tuberculeuse.

Comme autres antécédents on apprend seulement que la jeune malade s'est toujours portée relativement bien, souffrant seulement d'engelures fréquentes l'hiver aux pieds et aux mains.

Les premières manifestations de la maladie sur les jambes remontent à l'année 1899 ; à cette époque apparurent sur les jambes quelques nodules et taches de couleur rouge livide, dont une partie se terminèrent par résolution sans s'ulcérer et une partie s'ouvrirent pour se refermer ensuite au bout de deux mois, après un traitement local à l'iodoforme et un traitement général par les ferrugineux. La malade se porta bien jusqu'au mois d'avril 1900, époque où reparurent aux jambes les mêmes taches rouges qui s'ulcérèrent peu à peu. Elle fut soumise de nouveau à un traitement antiseptique local par le sublimé et à des applications d'iodoforme sans en obtenir les avantages éprouvés précédemment. Elle se décida alors à se faire recevoir à l'hôpital.

Etat actuel. — Au tiers inférieur des deux jambes, sur leur partie externe, on voit deux larges taches qui, sauf les dimensions, ont les mêmes caractères; elles sont ovales et irrégulières de forme, et sont constituées par la réunion de nombreuses cicatrices, du volume et de la forme d'une lentille de couleur rouge cyanotique, légèrement déprimées, foncées, très infiltrées. Çà et là, outre ces cicatrices, on voit encore de petites plaies granuleuses qui ont tendance à se cicatriser.

Dans toute son étendue la grande plaque est très épaissie et entourée d'une bordure rouge au niveau de laquelle la peau est infiltrée et légèrement œdémateuse. Sur le dos du pied, il y a de petits nodules disséminés sans ordre, gros comme un noyau de cerise, profonds, de consistance solide, de couleur rouge foncé. En outre, vers la partie externe, toujours sur la face dorsale du pied, on constate quelques taches ayant à peu près la grandeur d'une pièce de cinq centimes, peu saillantes au-dessus du niveau de la peau, mais siégeant profondément, recouvertes de quelques squamules, spécialement entre les orifices folliculaires, presque complètement indolentes à la pression. Ces taches sont dues à la réunion de plusieurs nodules. La petite malade présente plusieurs taches de pityriasis versicolor sur le tronc. Son état général est médiocre ; elle est pâle, maigre, son thorax est étroit et cylindrique. Au cou, on constate des adénites chroniques non ulcérées et dans le thorax on note de l'obscurité du son dans la fosse sous-claviculaire droite et dans la région interscapulaire. L'inspiration est rude, courte, et l'expiration prolongée. Il n'y a pas de toux ni d'expectoration ; pas de fièvre ; rien dans les urines.

Le diagnostic général du cas n'était pas difficile. En tenant compte des symptômes constatés du côté du thorax, de l'état des ganglions cervicaux, et de la constitution générale de la malade, on devait penser de suite à la tuberculose, bien que le diagnostic absolument certain ne puisse se faire en l'absence de bacilles de Koch dans ses crachats. Pour les lésions des jambes, le diagnostic n'était pas clair, surtout parce qu'il s'agissait d'une dermatose déjà parvenue à sa période de résolution. En me basant sur les renseignements fournis par les assistants de la clinique dermo-syphilopathique qui avaient vu la malade à plusieurs reprises à la consultation, et sur les lésions qui étaient en activité, je pus me convaincre qu'en réalité il devait s'agir de la dermatose connue sous le nom d'érythème induré. En fait, tandis que les assistants, au début, observant seulement des taches de couleur rouge foncé, à contours peu accusés, de consistance solide, avaient hésité à admettre l'existence d'un érythème noueux, ils durent, plus tard, lorsque les taches s'ulcérèrent, convenir que probablement les lésions des jambes avaient une connexion avec l'état général de la malade qui était presque certainement tuberculeuse.

Le traitement institué à l'hôpital a été très simple et a constitué seulement dans la détersion des ulcérations encore en activité et dans les moyens propres à améliorer l'état général (huile de foie de morue et ferrugineux). Peu à peu les ulcérations se cicatrisèrent, les taches et les nodules des pieds s'affaissèrent et aboutirent à la résolution complète.

Avant de renvoyer la malade on excisa quelques fragments de la cicatrice et une partie d'une tache non ulcérée

du pied droit pour les recherches histologiques et les inoculations aux animaux.

Réaction à la tuberculine. — La petite malade fut revue environ deux mois plus tard ; son état général s'était légèrement amélioré. Les cicatrices étaient moins infiltrées et leur coloration moins prononcée ; les taches des pieds semblaient avoir disparu. Les lésions du cou étaient à peu près dans le même état. Dans ces conditions, on fit une injection d'un milligramme de tuberculine. La réaction générale fut très forte. La petite malade fut prise quatre à cinq heures après l'injection d'un frisson très intense qui fut suivi d'une fièvre qui s'éleva jusqu'à 40° et s'accompagna d'un céphalalgie intense, de vomissements, d'arthralgies, de myalgies et d'une grande dépression des forces. La réaction locale fut très appréciable. Toutes les cicatrices se tuméfièrent notablement, prirent une coloration rouge vif, devinrent douloureuses à la presssion ; il en fut de même des points où avaient existé des taches et quelques nodules devinrent rouges et se tuméfièrent d'une façon très nette. En même temps les ganglions du cou augmentèrent de volume et devinrent un peu douloureux ; on constata dans les poumons quelques râles qui n'existaient pas auparavant.

Le troisième jour qui suivit l'injection de tuberculine, les réactions locale et générale avaient disparu.

Examen histologique. — 1° La tache non ulcérée du pied fut fixée par l'alcool et le sublimé.

Les lésions siègent profondément, au niveau des glomérules des glandes sudoripares. En ces points on trouve une infiltration, englobant des fragments de tubes glandulaires,

arrondie, bien circonscrite, et constituée par de grosses cellules géantes avec leurs noyaux caractéristiques à la périphérie ; cellules entourées des cellules épithlioïdes habituelles et de nombreuses cellules lymphoïdes. A la périphérie de ce nodule on voit très distinctement un fin reticulum conjonctif qui sépare nettement la partie saine de la partie infiltrée.

Sur quelques coupes, on peut déjà voir des signes de métamorphose régressive. Les petites cellules rondes se désagrègent en se fragmentant : les cellules géantes deviennent homogènes et leurs noyaux se colorent mal. En dehors de ce foyer, les vaisseaux sont entourés d'un manchons plus ou moins épais suivant les points, des leucocytes qui arrivent jusqu'à la couche papillaire.

Les parois vasculaires sont également altérées. Quelques vaisseaux assez petits sont oblitérés par la végétation de l'endothélium ; sur d'autres, il y a prédominance de l'infiltration leucocytaire des parois ; d'autres enfin qui paraissent être des petites veines sont oblitérées par ces thromboses circonscrites. A peu de distance de ces vaisseaux thrombosés, quelques faisceaux de substance collagène présentent des altérations régressives ; au lieu de se colorer en rouge intense par la méthode de van Gieson, ils sont désagrégés, granuleux, colorés en jaune clair par l'acide picrique. Comme d'habitude les fibres élastiques ont complètement disparu dans les points où est développé le granulome. L'épiderme est augmenté d'épaisseur et présente des signes d'hyperkératose.

2° Cicatrice infiltrée de la jambe. Fixation par l'alcool et le sublimé. La partie correspondant au tissu cicatriciel de

nouvelle formation est constituée par du tissu connectif compact avec de nombreuses cellules allongées, fusiformes, à prolongements. A ce niveau il n'y a plus aucune trace des fibres élastiques. L'épiderme de revêtement est épaissi, inégalement développé. Des lésions caractéristiques existent profondément à la limite de la cicatrice et du tissu périphérique. En ce point on voit de petits foyers qui ne diffèrent en rien des tubercules véritables et qui sont constitués par des cellules géantes encore bien conservées, par des cellules épithélioïdes et lymphoïdes disposées aussi régulièrement que dans le plus classique des tubercules pulmonaires.

Quelques artérioles profondes présentent une prolifération très prononcée de leur endothélium avec développement d'une deuxième membrane élastique. Il n'y a aucune trace de thrombose ni de nécrose. Il est remarquable, que, aussi bien dans la tache que dans la cicatrice, au niveau desquelles l'examen clinique montre la résolution en apparence complète de toutes les lésions, la tuberculine a provoqué une réaction se traduisant par une coloration rouge vif et de la tuméfaction.

Recherche du bacille de Koch, inoculations aux animaux. — Nous n'avons pas été plus heureux dans ce cas que dans le précédent. Toutes les coupes que nous avons examinées nous ont toujours donné des résultats négatifs. De même toutes les tentatives pour tuberculiser les cobayes ont échoué.

La recherche des pyogènes dans les taches a été également négative.

Observation XXIV

Cable. — (*Résumée in thèse Pautrier*), « Erythème induré et tuberculose », *Lyon médical*, 1901, t. XCVI, p. 358.

Malade de 49 ans. Six frères et sœurs morts jeunes sans qu'il soit possible de déterminer le genre de mort. Un frère mort à 21 ans de tuberculose pulmonaire.

La malade tousse fréquemment et présente un enrouement tenace devenu chronique depuis 2 ans.

A eu un lupus tuberculeux de la joue en 1899 diagnostiqué à l'Antiquaille, traité par des galvanocautérisations et cicatrisé. En juin 1900, apparition d'une petite induration de la grosseur d'un pois siégeant à la face, au-dessus de la commissure droite de la bouche, dure et indolente. Au-dessus, la peau était et est restée longtemps absolument normale. Les lésions s'accrurent peu à peu.

En octobre 1900 l'état est le suivant : zone de rougeur ayant les dimensions d'une pièce de 2 francs, située en dehors de la narine droite, au-dessus de la commissure, à limites peu précises ; le centre est rouge foncé, violacé ; la couleur va en pâlissant sur les bords. Au niveau de ces lésions, la peau est surélevée et le relief est dû à la tumeur et à l'œdème dermique résistant. A la palpation, on peut nettement délimiter la tumeur, qui siège dans le tissu cel-

lulaire sous-dermique et qui est mobile sur le plan sous-jacent. Indolence complète. La tumeur est enlevée chirurgicalement ; elle a une consistance fongueuse, cohérente ; elle n'est pas encapsulée. Réunion par première intention et guérison complète de la plaie.

L'examen anatomo-pathologique révéla les lésions suivantes. Infiltration intense de cellules épithélioïdes dans la région profonde du derme et plus particulièrement au point où le derme s'unit à la couche cellulo-adipeuse sous-cutanée. Cette infiltration dissocie et écarte les faisceaux conjonctifs et les divers éléments constitutifs. Dans les points où cette infiltration est plus intense, on voit quelques cellules géantes absolument typiques ; on peut en voir trois ou quatre sur chaque coupe. En s'enfonçant dans l'hypoderme, on trouve la couche musculaire sous-jacente des muscles peauciers. Celle-ci est également envahie par des cellules embryonnaires, mais à un degré moindre. Les faisceaux musculaires sont semés de ces cellules, mais la substance musculaire elle-même ne semble pas devoir être altérée. Immédiatement au-dessous de cette couche se voient des vaisseaux, artères et veines dilatés, congestionnés et reposant dans une infiltration hémorragique récente.

Le 27 octobre, deux cobayes de moyenne grosseur reçoivent sous la peau de la cuisse droite un fragment de la tumeur prélevée quelques heures auparavant. Le 1er novembre ils présentent une tuméfaction locale avec un petit ganglion inguinal dur, roulant sous le doigt.

Le 7 novembre, l'un d'eux est porteur d'un petit abcès caseux local qui commence à s'ouvrir spontanément au dehors.

Le 9 novembre, mort d'un 1er cobaye très amaigri ; petit abcès caséeux local où l'on décèle la présence de quelques bacilles de Koch peu nombreux. Ganglion inguinal non ramolli ; pas de lésions viscérales.

Le 10 novembre, mort du cobaye restant très amaigri. Abcès caséeux local avec nombreux bacilles de Koch. Petit ganglion inguinal non ramolli. Cinq ou six petits tubercules dans le foie avec nombreux bacilles à l'intérieur du caséum. Pas de lésions pulmonaires.

Observation XXV

Harttung et Alexander. — (*Résumée, in Pautrier, Thèse*), « Etude clinique et histologie de l'érythème induré de Bazin », *Archiv. f. Dermatologie und syphilis*, 1902, t. LX.

Homme de 30 ans. A eu en 1893 une pneumonie puis une pleurésie. A eu 7 enfants dont 4 morts en bas âge. Le début de l'affection cutanée a coïncidé avec un mauvais état général. Le malade ressent une grande fatigue, il est anémique. L'auscultation révèle une matité aux deux sommets et un murmure vésiculaire obscurci. On ne trouve pas de bacilles tuberculeux dans l'expectoration muqueuse. Adénopathie cervicale et inguinale.

On observe sur les membres supérieurs et inférieurs, des saillies demi-hémisphériques, au niveau desquelles la peau apparaît d'une couleur livide, bleu rougeâtre, avec une des-

quamation légère en surface. Ces nodosités sont solides, non compressibles, mobiles sur les plans profonds ; elles ne sont pas douloureuses. On observe en même temps sur les membres quelques veines formant des cordons dans sclérosés.

Une biopsie fut pratiquée au niveau d'une tumeur, l'examen histologique ne put fournir de diagnostic précis. Un traitement mercuriel et ioduré ne donna aucun résultat ; les injections de tuberculine ne produisaient aucune réaction ni locale ni générale.

Deux mois après l'état général s'aggravait, une injection de tuberculine produisit une réaction générale sans toutefois qu'une réaction locale apparût au niveau des tumeurs. Enfin les symptômes pulmonaires s'accusèrent et la malade succomba à de la tuberculose pulmonaire franche.

Examen histologique. — Des tumeurs furent excisées immédiatement après la mort ; des fragments furent inoculés à des cobayes, d'autres réservés pour l'examen histologique. Toutes les inoculations furent négatives; l'examen microscopique des nodules montre que les tumeurs envahissaient la portion inférieure du derme et les tissus sous-jacents et qu'elles étaient traversées par de nombreuses vacuoles remplies de gouttelettes de graisse et de quelques cellules de caractère indéterminé. La tumeur qui, cliniquement, avait l'aspect d'un cordon vasculaire était en réalité une grosse veine entourée par un infiltrat compact formé de tubercules typiques composés de cellules géantes, de nombreuses cellules épithélioïdes et de mononucléaires. Endothélium des veines normal tandis que les leucocytes in-

filtraient l'adventice et la médiane. Quelques capillaires en dégénérescence hyaline, nulle part de partie caséifiée ou nécrosée.

Observation XXVI

Thomas, 1902.

Jeune femme 21 ans, prise subitement d'érythème aux deux jambes et aux bras, face d'extension.

Au moment de la convalescence l'état général devient mauvais, fièvre, toux, hémoptysie, signes d'infiltration dans toute la plèvre et poumons droits. Cet état dure 2 mois, puis amélioration.

Tuberculides ou toxi-tuberculides dues à bacille ou à toxine ?

Les inoculations n'ont pas résultats constants suivant auteurs. On peut cependant affirmer que les sujets porteurs de ces dermatoses sont fréquemment tuberculeux et que les lésions internes peuvent être prémonitoires de tuberculose viscérale.

Observation XXVII

Pautrier, *Thèse*, 1903, *Erythème induré avec ulcérations.*

M. B., 30 ans. De santé assez délicate, sans cependant avoir fait jamais de maladie, n'a jamais eu d'affection des voies respiratoires. A eu des ganglions cervicaux, dans son enfance, pendant plusieurs années, mais aucun n'a jamais suppuré. A toujours été sujet aux engelures.

Père mort d'une maladie de foie, mère vivante, bien portante. Quatre frères et sœurs bien portants; une sœur de santé délicate, qui tousse et a des bronchites tous les hivers.

Le malade a vu débuter les lésions pour lesquelles il vient consulter en février 1896. Un petit « bouton » apparut à cette époque à la face antéro-externe du mollet gauche. Ce bouton s'ulcéra rapidement, s'étendit en surface et en profondeur et 13 jours après il existait une ulcération ayant les dimensions d'une pièce de 1 franc. Le malade entre alors à l'hôpital Saint-Louis où on le soumet sans succès pendant un mois à un traitement spécifique. Il apparaît même pendant ce laps de temps, suivant le même processus (bouton, puis ulcération) une nouvelle ulcération à la face postérieure du mollet droit, beaucoup plus petite, grosse comme un pois et assez superficielle, alors que l'ulcération du mollet gauche avait près de 1 centimètre de profondeur.

On écarte alors l'hypothèse de syphilis et l'on porte, dit le malade, le diagnostic d'ulcère simple de la jambe. Au bout d'un mois de traitement, par des pansements humides simples, les ulcérations se cicatrisent complètement et le malade sort guéri.

En septembre de la même année, apparition d'un nouveau bouton, puis d'une ulcération à la partie inférieure de la face postérieure du mollet gauche, ulcération très peu profonde qui, traitée par des pansements humides, guérit en deux mois.

Depuis cette époque, chaque année au printemps et souvent aussi à l'automne, des nodosités apparaissent aux deux jambes, nodosités sous-cutanées, mais peu profondes, dit la malade.

Elles ne tardent pas à s'ouvrir à la peau et il se forme de petites ulcérations, irrégulières de forme, ayant les dimensions d'un petit pois ou d'une pièce de 50 centimes. Parfois ce ne sont pas des nodosités sous-cutanées, mais des petits boutons rougeâtres, qui donnent également naissance à des ulcérations semblables. Il apparaît en général 3 ou 4 lésions à la fois tantôt au mollet droit, tantôt au mollet gauche. Les ulcérations formées se cicatrisentchaque fois en trois ou quatre semaines.

Cette année (1902) pour la première fois, le malade ne présente pas d'ulcérations ; mais, sur le point de se marier, il vient nous consulter afin de savoir si son affection n'est pas contagieuse.

Etat actuel (juin 1902). — Sur la face antéro externe, près de la crête du tibia, on note trois cicatrices ayant les dimensions l'une d'une pièce de 5 francs, l'autre d'une

pièce de 2 francs, la troisième d'une pièce de 50 centimes, disposées les unes au-dessus des autres ; elles correspondent aux premières ulcérations. Leurs caractères sont semblables : elles sont légèrement déprimées sur toute leur étendue, recouvertes par un épiderme cicatriciel atrophié, en pelure d'oignon. Elles sont de forme assez nettement circulaire, blanchâtres, limitées à leur périphérie par une sorte d'anneau d'un blanc plus mat, anneau qui correspond, dit le malade, au bourrelet des ulcérations en activité qui était saillant. En dehors de cet anneau blanchâtre et concentriquement à lui, même zone annulaire pigmentée, légèrement brunâtre.

A la limite de la face externe et de la face postérieure, au niveau du péroné, à trois travers de doigts au-dessus de la malléole, cicatrice ovalaire, ayant 2 centimètres de long sur 1 de large, datant de 2 ans. Elle est recouverte d'un épiderme cicatriciel légèrement squameux et présente une couleur brunâtre plus accentuée à la périphérie. Elle est également déprimée et entourée d'une aréole légèrement pigmentée.

Tout à fait à la face postérieure du mollet, au-dessus de la cheville, vaste cicatrice, de forme irrégulière, ayant 4 centimètres de largeur et 3 de hauteur, moins déprimée que les autres et de couleur blanc rosé.

Au-dessus, au niveau de la masse musculaire des jumeaux, on trouve des lésions en activité. Elles sont apparues depuis un mois, mais contrairement au processus des autres années elles n'ont pas évolué vers l'ulcération. Elles forment une grande plaque ayant les dimensions d'une pièce de 5 francs, de couleur rouge sombre présentant sur

certains points de sa surface une légère exfoliation. On ne trouve nulle part de traces de folliculites ou de tendances à l'ulcération. Au toucher on sent une infiltration extrêmement profonde, en masse, très dure, très résistante, juxtaposée à cette plaque ; on en note une seconde présentant les mêmes caractères d'infiltration et de rougeur. Enfin, troisième lésion en activité, un peu au-dessous des précédentes, arrondie, ayant les dimensions d'une pièce de 1 franc et présentant les mêmes caractères.

Sur la jambe droite, on note la présence d'un assez grand nombre de cicatrices, semblables à celles que nous avons décrites pour la jambe gauche. Elles siègent à la face antérieure, à la face postérieure et à la face postéro-externe ; elles sont plus petites que du côté gauche ; deux seulement ont la dimension d'une pièce de 2 francs ; les autres varient du volume d'un pois à celui d'une pièce de 50 centimes.

Aucune lésion en activité de ce côté.

Examen histologique. — Les lésions de l'épiderme sont peu importantes. La couche cornée est à peu près complètement absente ; on en trouve traces que de temps en temps sous forme de minces lamelles s'exfoliant, se détachant du corps muqueux.

La granuleuse est extrêmement mince, elle n'est représentée que par une ou deux couches de cellules chargées d'éléidine, fort petites, très aplaties.

Le corps muqueux dessine de grands bourgeons qui s'enfoncent profondément dans le derme ; ils sont en général minces et déliés, mais peuvent être larges et trapus ; ils

délimitent entre eux des papilles hautes et étroites. Les cellules malpighiennes paraissent normales. A noter simplement que la couche basale et la couche sus-jacente sont infiltrées par places par quelques lymphocytes.

Les lésions dermiques sont beaucoup plus importantes et intéressantes. Nous devons distinguer trois étages qui présentent un aspect différent : la couche supérieure, papillaire ; la couche du derme moyen ; enfin, le derme profond et la partie adjacente de l'hypoderme. La couche papillaire du derme montre une infiltration diffuse, assez dense, mais disposée sans ordre et quelques capillaires dilatés.

L'infiltration est presque uniquement composée de lymphocytes, mais on trouve aussi, en quelques points, quelques polynucléaires. Nous avons dit que les capillaires des papilles étaient dilatés ; en d'autres points, les cellules endothéliales qui forment leurs parois apparaissent hypertrophiées et diminuent, au contraire, la lumière vasculaire.

On trouve sur les coupes deux follicules pileux. A leur niveau et tout autour d'eux, l'infiltration devient extrêmement compacte ; elle forme autour du follicule pileux, une sorte de cône, qui s'enfonce assez loin, jusque dans la couche profonde du derme. Elle est constituée par des cellules fixes du tissu conjonctif, des lymphocytes et quelques rares polynucléaires sur les bords mêmes du follicule. On trouve aussi quelques rares cellules absolument semblables aux cellules épithélioïdes. Sur les coupes colorées au bleu polychrome on trouve également quelques plasmazellen. Tous ces éléments sont assez étroitement tassés, formant une masse assez compacte.

Dans la couche moyenne du derme, les lésions sont plus systématisées. On trouve ici une infiltration cellulaire marquée, mais localisée autour des vaisseaux. Lorsque les vaisseaux sont coupés transversalement, on trouve autour de la lumière vasculaire une infiltration arrondie, assez importante, qui forme un véritable nodule. Lorsque les vaisseaux sont coupés longitudinalement, cette infiltration forme des traînées, plus ou moins grandes, mais assez épaisses, et qui souvent vont se réunir aux nodules situés autour des vaisseaux coupés transversalement. L'ensemble de cette disposition forme une sorte de réseau dont le point d'intersection des mailles est marqué par des nodules arrondis. Dans l'intervalle, le derme apparaît à peu près normal, contenant seulement un plus grand nombre d'éléments cellulaires que d'habitude. Par places on retrouve l'infiltration en nappe qui s'étend au-dessus des follicules pileux.

Dans cette région moyenne, les éléments cellulaires de l'infiltrat sont les mêmes que dans la couche papillaire du derme : cellules conjonctives, lymphocytes et cellules d'aspect épithélioïde. Les polynucléaires font absolument défaut. Nulle part on ne peut trouver traces de cellules géantes.

Les lésions vasculaires sont les mêmes aussi que dans la couche précédente : tantôt dilatation marquée, tantôt, au contraire, épaississement des parois.

Dans la couche profonde du derme, les lésions sont plus prononcées ; autour des glandes sudoripares, l'infiltration devient extrêmement dense : elle forme une nappe presque ininterrompue qui s'étend jusque dans l'hypoderme.

L'épithélium des glandes sudoripares est lui-même altéré ;

les cellules paraissent à la fois plus grosses mais à contours moins nets ; elles semblent atteintes de dégénérescence vitreuse, la lumière glandulaire est presque complètement oblitérée. Les éléments de l'infiltrat sont toujours des cellules conjonctives des lymphocytes et des cellules épithélioïdes ; on trouve aussi quelques cellules plasmatiques.

Les lésions vasculaires sont aussi beaucoup plus accentuées. On trouve de véritables lésions de phlébite et d'artérite ; les parois des vaisseaux sont épaissies, infiltrées de cellules rondes, l'endothélium est légèrement végétant. Une veine dont on voit la coupe transversale est complètement oblitérée.

Recherche de bacilles et inoculation au cobaye négatives.

Observation XXVIII

(Pautrier, *résumée.*)

Mme G..., 36 ans, a toujours eu adénopathies cervicale et sous-maxillaire depuis son enfance jusqu'à 21 ans. Aucun ganglion n'a jamais suppuré. Engelures aux pieds jusqu'à 20 ans ulcérées chaque hiver. Froid aux mains et aux pieds persistant. Blépharite persistante jusqu'à 15 ans.

Depuis 3 ans, poussées rhumatismales au niveau des membres supérieurs.

Début de l'affection actuelle il y a trois mois, par poussées. Lésions uniquement de la jambe gauche. Quelques

lésions rougeâtres au centre de quelques-unes, croutelle correspondant à un pertuis ayant donné issue à quelques gouttes de sérosité. Au niveau de toutes les lésions, induration profonde. Autour des noyaux, zone érythémateuse.

Quelques lésions en voie de disparition spontanée. Biopsie profonde enlevant au centre de la lésion une véritable tranche de 4 à 5 millimètres de large sur un centimètre et demi de profondeur : épiderme intact ; derme superficiel presque normal ; dans le derme moyen lésions périvasculaires prononcées.

Dans la couche profonde du derme, infiltration compacte. Lymphocytes, cellules conjonctives, cellules épithélioïdes, une cellule géante entourée non pas de cellules épithélioïdes mais de cellules embryonnaires.

Dans l'hypoderme, lésions marquées du tissu graisseux circonscrit de travées conjonctives, lésions vasculaires.

Observation XXIX

G. Thibierge et Gastinel. — *Ann. Derm.*, 1909, p. 310.
G. Thibierge. — *Nel XXV anno di insegnamento universitario del Prof. D. Barduzzi*, 1911.

Louise D..., 16 ans, entre le 21 janvier 1909 à l'hôpital Saint-Louis, salle Alibert, pour de petites nodosités d'aspect violacé disséminées symétriquement sur les deux jambes depuis deux mois et demi environ.

Antécédents héréditaires. — Son père est mort à 45 ans probablement d'une affection tuberculeuse du poumon. Mère bien portante à 53 ans, un de ses frères est mort tuberculeux à 23 ans.

Antécédents personnels. — Peu de chose à signaler. Rougeole à 7 ans. Pas d'autre maladie. Réglée à 13 ans irrégulièrement.

Etat actuel. — Les lésions que présente la malade sont exclusivement disséminées sur les deux jambes. Elles y offrent une disposition symétrique occupant la région dite de la molletière. Elles prédominent cependant sur la jambe droite où elles siègent non seulement sur les faces antérolatérales mais encore sur la face postérieure. En ce point même, elles sont confluentes et constituent un placard. L'éruption est essentiellement constituée, au point

de vue objectif, par des nodosités ayant le volume d'un gros pois. Elles ont une coloration violacée ou rose pâle, de teinte livide. Dures au toucher, elles sont dépressibles, s'effacent et deviennent blanches à la pression. On ne peut les circonscrire exactement, elles sont entourées d'une zone infiltrée érythémateuse périphérique. Les lésions, presque complètement indolentes, ne dépassent pas la région du cou de pied. On en compte une quinzaine, sur chaque jambe. De plus, à la jambe droite, à sa face postérieure, elles deviennent cohérentes, formant une plaque de la dimension d'une pièce de 5 francs, irrégulière, bosselée par des nodosités, présentant une coloration rouge violacée semblable à celle des éléments isolés.

On ne trouve aucun élément de même nature sur aucune autre partie du corps.

Quand on interroge la malade on apprend que le début remonte à environ 2 mois et demi. Il s'est fait d'une façon tout à fait insidieuse. C'en en faisant sa toilette que la jeune malade a remarqué quelques nodosités sur ses jambes. Elles se sont rapidement disséminées et auraient augmenté de nombre jusqu'au moment de l'entrée à l'hôpital.

L'examen somatique ne révèle rien ; les sommets pulmonaires paraissent cliniquement sains et on ne trouve rien à signaler du côté des divers autres appareils.

Il faut noter que la malade paraît peu robuste et semble être d'une « constitution » lymphatique.

23 *janvier*. — On fait la biopsie d'un élément typique situé sur la jambe gauche ; on remarque le siège très profond, nettement hypodermique de la tumeur, qu'il faut

soulever avec le doigt pour que l'énucléation soit complète. Cet élément biopsié est partagé en deux : une partie est fixée pour l'examen histologique, l'autre est inoculée au cobaye.

25 *janvier*. — On pratique une autre biopsie pour inoculer trois autres cobayes.

Ces quatre cobayes n'ont jamais présenté aucune réaction.

L'examen histologique a conformé le diagnostic clinique d'érythème induré de Bazin. On a retrouvé d'une façon typique toutes les lésions décrites par Tibierge et Ravaut.

23 *janvier*. — On fait plusieurs injections intradermiques de tuberculine de l'Institut Pasteur à 1/100 de milligramme. On fait ainsi une injection au bras gauche, une deuxième à la cuisse droite, enfin la dernière au niveau d'un élément mince sur la jambe droite.

24 *janvier*. — La réaction générale 24 heures après est 37°6. Localement on remarque :

1° Au bras gauche, un placard érythémateux un peu infiltré, bien circonscrit ;

2° A la cuisse, une nodosité rosée nettement infiltrée, de la dimension d'une pièce de 1 franc entourée d'un cercle rouge plus vif. Tumeur légère à la pression ;

3° Au niveau de l'élément, la nodosité initiale est plus rouge, le cercle périphérique est plus infiltré, il y a eu comme une poussée augmentant tous les caractères objectifs de la lésion.

25 *janvier*. — Température 37°5. Localement :

1° Au bras il se forme une nodosité érythémateuse indurée parfaitement circonscrite, de la taille au moins d'une pièce de 2 francs.

2° A la cuisse, la nodosité est plus volumineuse qu'hier, plus indurée ;

3° Au niveau de la lésion, il y a comme un élargissement de la lésion primitive qui est plus érythémateux, plus infiltré.

26 *janvier*. — La réaction de chaque injection intradermique sur le bras et sur la cuisse offre maintenant tout à fait l'aspect d'un élément des plus typiques d'érythème noueux : on voit, en effet, une nodosité bien délimitée, dure, infiltrant tout le derme et paraissant même intéresser le tissu cellulaire.

La coloration est d'un rose bleuté au centre, plus vif à la périphérie, légèrement douloureuse à la pression.

29 *janvier*. — Les réactions s'atténuent un peu et on remarque que les lésions spontanées des jambes s'affaissent et subissent une régression des plus nette.

30 *janvier*. — On refait une injection de tuberculine à la même dose (1 goutte soit 1/100 de milligramme) au bras droit.

31 *janvier*. — La température atteint 39° ; localement, rien.

1er *février*. — La température tombe ; légère rougeur locale.

2 *février*. — On ne voit plus trace de cette réaction.

5 *février*. — Les lésions produites par les réactions primitives s'affaissent de plus en plus. La coloration s'éteint,

du centre à la phériphérie. Elles prennent une teinte ecchymotique et restent indurées. Si on ne voyait la piqûre, on croirait à un élément d'érythème noueux en voie de régression.

Les éléments spontanés disparaissent eux-mêmes, s'affaissent et certains d'entre eux sont déjà remplacés par des plaques brunâtres, non saillantes, à peine infiltrées.

7 *février*. — La disparition des lésions primitives se poursuit d'une façon surprenante.

8 *février*. — L'intradermo-réaction faite sur la cuisse se modifie, on remarque un aspect granité. A la loupe, on voit un état folliculaire très net. Ce même aspect se retrouve au niveau de la lésion expérimentale du bras, mais moins nettement.

10 *février*. — L'aspect folliculaire des lésions provoquées commence à s'atténuer.

12 *février*. — Une desquamation légère commence à paraître, marquant l'aspect granité.

14 *février*. — Au niveau des deux intradermoréactions, on ne voit plus qu'une plaque brunâtre sans infiltration, avec desquamation en très petites squames.

Les lésions nodulaires spontanées ne se voient plus que sous forme de plaques brunes.

20 *février*. — Les lésions ont presque complètement disparu. Le placard situé en arrière de la jambe est encore infiltré mais beaucoup moins bosselé.

9 *mars*. — La malade quitte l'hôpital.

Les lésions primitives ne se voient pour ainsi dire plus. On remarque seulement quelques plaques congestionnées, aucune infiltration.

Les inoculations intradermiques ont laissé des macules légèrement brunâtres sans aucune induration.

Observation XXX.

G. Thibierge. — *Nel XXV anno di insegnamento universitario del Prof. D. Barduzzi*, 1911.

Augusta T., âgée de 30 ans, vient me consulter à l'hôpital Saint-Louis le 14 février 1910.

Les antécédents héréditaires ne présentent aucune particularité intéressante. Elle n'a jamais eu ni adénopathie cervicale, ni affection pulmonaire, ni pleurésie. Elle est mariée, a un enfant de 11 ans ; son mari est bien portant.

Elle porte aux membres inférieurs des lésions typiques d'érythème induré de Bazin ; les plus anciennes ont débuté il y a cinq ans et demi, insidieusement au mollet gauche ; celles du mollet droit remontent à 3 ans ; celles de la fesse gauche sont apparues il y a six semaines.

A gauche, au niveau du tiers inférieur du mollet, en dehors du tibia, on constate un placard, rouge, infiltré, de 4 centimètres environ de diamètre, au niveau duquel la peau est rouge et lisse.

A la partie supérieure et externe de la cuisse du même côté sont deux nodules du volume d'un pois, enchâssés dans le derme, indolores, sans changement de coloration de la peau.

A droite, au niveau de la face externe du mollet, on constate un placard érythémateux plus large que celui du côté gauche, profondément infiltré, indolore et ne provoquant aucune gêne.

Au niveau de la partie moyenne de la fesse du même côté, on trouve un nodule aplati, du volume d'une noisette, mobile, indolore, sans aucune modification des tissus sous-jacents. Il n'existe aucune autre lésion cutanée. L'examen des différents appareils ne montre l'existence d'aucune lésion ; en particulier, il n'y a aucune trace de lésions tuberculeuses du poumon.

14 *février*. — On pratique à la région deltoïdienne de chaque bras une injection intradermique, d'une goutte d'une solution au 5.000^{e}, préparée extemporanément, de tuberculine de l'Institut Pasteur.

16 *février*. — La réaction locale est très vive, caractérisée par une saillie à centre blanc, œdémateux, granité, à tendence bulleuse avec halo rouge à la périphérie ; à ce niveau la peau est chaude à sensibilité très marquée.

18 *février*. — Les points d'inoculation sont jaunes, vésiculeux avec une aréole rouge très marquée. Il n'y a aucune modification au niveau des lésions des jambes.

21 *février*. — Les points inoculés au bras sont recouverts d'une croûte jaunâtre, les lésions de la jambe gauche présentent une légère amélioration, bien que la malade qui n'est pas hospitalisée, ait fait hier une très longue marche.

On fait une nouvelle injection, à chaque bras, dans le derme, d'une solution de tuberculine préparée comme précédemment.

24 *février.* — Il s'est produit au niveau des points des injections intradermiques une réaction très intense, surtout au bras gauche ; elle est caractérisée par un placard de 10 centimètres de large sur 6 de haut, rouge avec un centre jaunâtre et granité de la dimension d'une pièce de 2 francs, très sensible au toucher.

Les lésions des jambes s'améliorent nettement. Au niveau de la jambe gauche, qui était la moins atteinte, le placard induré se décolore, semble fondre, la peau est molle, fortement dépressible, comme trop large pour les parties sous-jacentes. A la jambe droite, on sent encore des nodules indurés, mais leur surface a pâli, ils semblent se ramollir à la périphérie.

3 *mars.* — Les lésions de la jambe gauche sont très améliorées, l'infiltration a disparu ; au niveau des anciens placards, la peau est pigmentée, jaune et flasque. A la jambe droite, il ne reste plus qu'un placard nodulaire, rouge vif.

9 *mars.* — Il ne reste plus trace d'induration à la jambe gauche ; à droite, on sent un nodule de la dimension d'une noisette.

On fait à chaque bras une nouvelle injection intra-dermique de 1 goutte de solution de tuberculine au 5.000e.

12 *mars.* — Il s'est produit au siège des injections des réactions intenses et à forme bulleuse.

Du placard qui existait à la jambe droite, il ne reste plus qu'un petit nodule, au niveau duquel il persiste de la pigmentation ; la peau est toujours un peu flasque et le doigt s'enfonce dans un tissu ramolli et élastique sans y former de godet. A la jambe gauche, il ne reste plus que de la

pigmentation et une plaque élastique et molle comme à droite.

29 *mars*, 4, 15, 20 *et* 27 *avril*. — On fait de nouveau des injections (4e, 5e, 6e, 7e et 8e) intradermiques d'une goutte de tuberculine diluée au 5.000e à chaque bras, injections qui provoquent des réactions très vives. Les lésions des jambes restent stationnaires.

4 *mai*. — On fait dans le tissu cellulaire sous-cutané de la cuisse droite, une injection de 4 gouttes de dilution de tuberculine au 1.000e.

12 *mai*. — La malade revue pour la première fois depuis l'injection, raconte que celle-ci a été suivie de fièvre, de frisson, de tuméfaction douloureuse au siège de l'injection pendant 48 heures. Il persiste encore actuellement une tache érythémateuse de la grandeur d'une pièce de 5 francs.

25 *mai*. — Tout phénomène réactionnel a disparu au niveau du lieu de l'injection.

Au niveau des jambes on constate une notable amélioration à gauche ; à droite, l'infiltration diffuse s'est limitée nettement aux trois nodules primitifs qu'on perçoit facilement.

On fait dans le tissu cellulaire sous-cutané de la cuisse gauche une injection de 4 gouttes de tuberculine au 5.000e diluées dans un demi-centimètre cube de sérum physiologique.

Le 13 juin, il ne s'est produit à la suite de l'injection, ni réaction locale, ni réaction générale.

L'induration et l'infiltration sont en voie de disparition,

surtout à droite. On fait une injection de 4 gouttes de tuberculine au 5.000e.

Le 15 juin, la malade revient à l'hôpital : elle a eu, le 13, des frissons. Actuellement, on voit au niveau du siège de l'injection un large placard érythémateux, avec chaleur locale et légère tuméfaction profonde.

Le 21 juin, tout phénomène réactionnel a disparu. Il ne reste plus qu'une légère desquamation au point injecté.

On fait à la cuisse gauche une injection de 2 gouttes de la solution de tuberculine au 5.000e.

Le 1er juillet, on constate qu'il ne s'est produit aucune réaction générale ni locale à la suite de la dernière injection.

Les lésions des jambes sont moins infiltrées, plus souples.

On fait une injection sous-cutanée, à la cuisse droite, de 2 gouttes de la solution de tuberculine au 5.000e.

La malade est revue au mois de septembre après un séjour de 3 semaines au bord de la mer. L'état général est excellent.

Les lésions d'érythème induré sont remarquablement améliorées. A droite et à gauche, les taches érythémateuses ont disparu, sont remplacées par une très légère modification de la teinte des téguments, qui est plus violacée que normalement. A droite, l'infiltration des points nodulaires est remplacée par une zone de consistance moins ferme que le tissu sous-cutané normal environnant ; à gauche, la palpation ne permet pas de constater de différence entre les points précédemment malades et les parties adjacentes saines.

La malade est vue de nouveau au mois de décembre 1910.

Son état est le même qu'en septembre. Elle peut être considérée comme guérie. Les lésions qui persistent, consistent en une atrophie du tissu cellulaire sous-cutané, consécutive à la résorption des nodosités érythémateuses.

Observation XXXI (*id.*).

M^lle L..., âgée de 20 ans, domestique, vient me consulter à l'hôpital Saint-Louis, le 6 mai 1910.

Elevée à la campagne, elle n'habite Paris que depuis 4 ans. Elle n'a jamais été malade, ne tousse pas, est bien réglée ; mais depuis son arrivée à Paris, elle se dit fatiguée. Ses parents sont vivants et bien portants.

Le début de l'affection remonte à un peu moins de 2 ans ; par hasard la malade s'est aperçue de l'existence, au niveau du mollet gauche, d'une rougeur qui peu à peu s'est étendue ; des lésions semblables sont apparues du côté droit depuis 6 mois. Ces lésions sont absolument indolores.

Actuellement, on constate à gauche, au niveau du tiers supérieur de la face interne du mollet, un placard irrégulièrement ovalaire, mesurant 5 centimètres de haut et 3 à 4 de large, de coloration rouge violacée ; à ce niveau la peau est lisse et brillante ; la palpation permet de sentir une infiltration avec empiètement diffus faisant corps avec le tégument.

Au-dessus de ce placard, on sent un petit nodule,

du volume d'un pois, au niveau duquel la peau ne présente pas de modifications.

A droite, on trouve deux nodules infiltrés, du volume d'une noix, situés sur la face externe du tiers moyen de la jambe; à leur niveau la peau est rouge et lisse, sur une étendue de 2 à 3 centimètres. Au niveau des nodules, il n'y a ni douleur spontanée, ni douleur à la pression.

Les membres inférieurs sont le siège de troubles nets de la circulation se traduisant par une coloration générale livide et par un léger degré d'œdème malléolaire.

Les ganglions inguinaux sont perceptibles à la palpation.

L'auscultation des poumons ne fait prévoir aucun signe de tuberculose.

L'intradermo réaction à la tuberculine est positive, d'intensité moyenne.

Le 7 mai, on fait dans le tissu cellulaire sous-cutané de la cuisse droite une injection de 4 gouttes de dilution au 5.000^{e} de tuberculine de l'Institut Pasteur.

Le 11 mai, la malade revient à l'hôpital. Elle n'a présenté aucun trouble imputable à une réaction générale et on ne constate aucun signe de réaction locale.

Le 16 mai, on injecte dans le tissu cellulaire sous-cutané de la cuisse gauche, 4 gouttes de dilution de tuberculine au 1.000^{e}.

Le 18 mai, la malade revient à l'hôpital. Elle a eu la veille des frissons. On constate, au siège de l'injection, un large placard érythémateux infiltré de 8 centimètres sur 12, douloureux.

Les lésions d'érythème induré sont peu modifiées.

Le 2 juin, toute réaction locale a disparu.

Les lésions des jambes semblent nettement en voie de régression. Le placard infiltré de la jambe gauche a notablement diminué et surtout la rougeur a presque complètement disparu. A droite, les 2 nodules sont moins infiltrés, moins fermes, la rougeur est fortement atténuée et passe au violacé.

On injecte dans le tissu cellulaire de la cuisse gauche, 4 gouttes de la solution de tuberculine au 5.000e.

Le 4 juin, il n'y a pas eu de réaction générale notable ; on constate, au niveau de l'injection, un petit nodule profond, légèrement douloureux.

Le 15 juin, toute réaction locale a disparu.

Les lésions d'érythème sont remarquablement améliorées. A droite, la rougeur et les deux nodules ont disparu ; ceux-ci sont remplacés par une zone dépressible de tissu plus mou que normalement ; la peau présente à ce niveau une légère pigmentation brunâtre.

A gauche, le placard érythémateux est remplacé par une tache de teinte violacée, de la dimension d'une pièce de 5 francs ; il persiste une légère infiltration diffuse au centre de laquelle on trouve à la palpation un petit nodule du volume d'un pois. La malade déclare elle-même qu'elle se trouve très améliorée.

On fait une injection de 4 gouttes de la dilution de tuberculine au 5.000e. La malade n'a pas été revue depuis cette époque.

Pendant toute la durée du traitement, elle n'avait pas interrompu ses occupations.

Observation XXXII

G. Thibierge et Weissenbach. — *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux*, 17 mars 1911.

Erythème induré des membres inférieurs. Traitement par la tuberculine à petites doses espacées. Guérison. Au bout de six mois, récidive, traitée par la tuberculine C. L.

Augusta T..., âgée de trente ans, modiste, est venue consulter à l'hôpital Saint-Louis, le 14 février 1910, pour des petites tumeurs développées au niveau des membres inférieurs droit, puis gauche, depuis cinq ans et demi environ.

Peu de chose à signaler dans ses antécédents héréditaires : son père est éthylique avéré, sa mère est morte d'affection indéterminée; comme antécédents personnels, on note dans l'enfance la rougeole, la gourme, une attaque de chorée. Elle n'a pas présenté d'adénopathie cervicale, n'a jamais eu d'affection pulmonaire, ni de pleurésie.

Elle est mariée et a un enfant de 11 ans, bien portant. Son mari est bien portant.

La malade porte, au niveau des membres inférieurs, des lésions typiques d'érythème induré de Bazin ; les plus anciennes ont débuté, il y a cinq ans et demi, insidieusement

au mollet gauche ; il y a trois ans, au mollet droit ; enfin, en janvier dernier, soit il y a un mois et demi, sont apparues les lésions de la fesse gauche.

A gauche, au niveau du tiers inférieur du mollet, en dehors du tibia, on constate la présence d'un placard rouge infiltré de 4 centimètres environ de diamètre ; la peau, à ce niveau, est rouge et lisse.

A la partie supérieure et interne de la cuisse, deux nodules, du volume d'un pois, enchâssés dans le derme, indolores, sans changement de coloration de la peau.

A droite, on constate : au niveau de la face interne du mollet, un placard érythémateux plus large qu'à gauche, plus diffus, plus profondément infiltré, indolore, et qui ne provoque aucune gêne ; au niveau de la partie moyenne de la fesse, un nodule aplati, du volume d'une noisette, mobile, indolent, sans modification des téguments sous-jacents.

Il n'existe aucune autre lésion cutanée.

L'examen des différents appareils reste négatif. On ne constate aucune lésion du poumon.

14 *février*. — Injection intradermique dans la région deltoïdienne de chaque bras d'*une* goutte de tuberculine de l'Institut Pasteur, diluée extemporanément au 1/5000.

16 *février*. — Réaction très vive. Centre blanc, œdémateux, granité, à tendance bulleuse. Un halo rouge à la périphérie. A ce niveau, la peau est chaude, la sensibilité très marquée.

18 *février*. — Les points d'inoculation sont jaunes, non vésiculeux ; aréole rouge très marquée. Pas de changement appréciable aux jambes.

21 *février*. — La jambe gauche présente une légère amélioration, quoique la malade ait fait la veille une très longue marche.

Les points inoculés sont recouverts d'une croûte jaunâtre.

Injection intradermique d'une goutte, à chaque bras, de tuberculine au 1/5000.

24 *février*. — Réaction d'inoculation intense, surtout au bras gauche. Elément de 10 centimètres de large sur 6 centimètres de haut, à centre jaunâtre, granité (taille d'une pièce de 2 francs). Aréole rouge. Très sensible au toucher.

Les lésions des jambes s'améliorent nettement. Au niveau de la jambe gauche, qui était la moins atteinte, les placards indurés se décolorent et semblent fondre. La peau y est molle, facilement dépressible, comme trop grande.

A la jambe droite, la palpation montre encore des nodules infiltrés; mais leur surface a pâli; ils semblent se ramollir à leur périphérie. Cependant la malade a continué ses occupations.

3 *mars*. — Jambe gauche : très améliorée, l'infiltration a disparu; au niveau des anciens placards, la peau est pigmentée, jaune et flasque.

Jambe droite : améliorée. Il ne reste plus qu'un placard nodulaire rouge vif.

9 *mars*. — Jambe gauche : plus d'induration.

Jambe droite : nodule de la taille d'une noisette.

Injection d'une goutte de tuberculine au 1/5000 à chaque bras.

12 *mars.* — Du large placard qui existait à la jambe droite il ne reste plus qu'un petit nodule. La pigmentation persiste. La peau est toujours un peu flasque et le doigt enfonce dans ce tissu ramolli et élastique sans y laisser de godet.

Jambe gauche : il n'existe plus que de la pigmentation et le même état d'élasticité molle qu'à droite.

Les dernières injections ont donné des réactions intenses et bulleuses.

29 *mars.* — Etat stationnaire. Injection intradermique, une goutte au 5/000 à chaque bras.

4 *avril.* — Même état. Injection de 1 goutte de tuberculine au 1/5000.

15 *avril.* — Pas de changement. Injection de 1 goutte de tuberculine au 1/5000.

20 *avril.* — Réactions précédentes très fortes. Mais état stationnaire ; injection de 1 goutte de tuberculine au 1/500.

27 *avril.* — Les lésions n'ont pas bougé. Injection de 1 goutte de tuberculine au 1/5000.

4 *mai.* — Injection dans le tissu cellulaire sous-cutané de la cuisse droite de 4 gouttes de tuberculine au 1/1000, soit 0 gr. 0002.

12 *mai.* — La malade revue le 12 mai, raconte que le lendemain de l'injection elle a eu de la fièvre, des frissons, que le point injecté est devenu rouge, tuméfié, douloureux ; en 48 heures les symptômes se sont amendés. Mais il persiste un peu de rougeur locale sous forme d'une tache érythémateuse des dimensions d'une pièce de 5 francs.

25 *mai.* — Disparition de tout symptôme au point injecté.

On constate au niveau *des lésions* : une amélioration à gauche, à droite, l'induration diffuse s'est limitée nettement aux trois nodules primitifs que l'on perçoit facilement.

Injection dans le tissu cellulaire sous-cutané de la cuisse gauche de 4 gouttes de tuberculine à 1/5000 diluées dans 1/2 centimètre cube de sérum, soit 0 gr. 00004.

13 *juin.* — On n'a observé ni réaction locale ni réaction générale.

L'induration et l'infiltration sont en voie de disparition surtout à droite.

Injection de 4 gouttes de tuberculine à 1/5000, soit 0 gr. 00004.

15 *juin.* — La malade a eu le 13 des frissons; actuellement, au niveau du point injecté, large placard érythémateux avec chaleur locale et légère tuméfaction profonde.

21 *juin.* — Tout phénomène réactionnel a disparu, desquamation légère de la surface au point injecté.

Injection de 2 gouttes de tuberculine à 1/5000, soit 0 gr. 00002.

1er *juillet.* — Aucune réaction locale ou générale à la suite de l'injection précédente.

Les lésions sont moins infiltrées et plus souples.

Injection de 2 gouttes de tuberculine à 1/5000, soit 0 gr. 00002.

La malade est revue dans le courant du mois de septembre ; elle a passé trois semaines au bord de la mer.

L'état général est excellent, les lésions d'érythème induré ont disparu; à droite et à gauche, les taches érythémateuses sont remplacées par une très légère modification de la teinte des téguments, plus violacée que normalement. A droite, l'infiltration des points nodulaires est remplacée par une zone de consistance moins ferme que le tissu sous-cutané normal environnant; à gauche, la palpation ne permet pas de trouver de différence entre les points lésés et le tissu sain.

Le 20 *janvier* 1911, la malade se présente à nouveau à la consultation de l'hôpital Saint-Louis. Elle raconte que depuis un mois et demi environ, à la face interne du mollet droit, s'est insidieusement développée une tuméfaction indolente pour laquelle elle vient réclamer le traitement qui l'a précédemment guérie.

La lésion actuelle siège en un point où n'existait auparavant aucune tumeur ; il s'agit donc d'une poussée nouvelle et non de récidive *in situ*. Au milieu du tiers moyen de la face interne de la jambe, on constate la présence d'un placard rouge violacé de 7 à 8 centimètres de haut sur 5 centimètres de large qui repose sur une base infiltrée profondément, adhérente à la peau, à contours mal limités, absolument indolente.

La lésion est unique, il n'existe aucun nodule du côté opposé, ni en aucun point du corps. Rien à signaler à l'examen des autres appareils.

23 *janvier*. — Injection de 1 centimètre cube de tuberculine de C. I. de Poulenc, ampoule 1 = un millième de milligramme.

24 *janvier*. — Aucune réaction locale ou générale ; T. 37°1.

30 *janvier*. L'infiltration a légèrement diminué. Injection de 2 millièmes de milligramme de tuberculine C. L.

31 *janvier*. — Aucune réaction; T. 36°8, 36°9, 37°1.

6 *février*. — Les lésions sont peu modifiées. Injection de cinq millièmes de milligramme de tuberculine C. L.

13 *février*. — L'infiltration a notablement diminué, elle s'est localisée au centre du placard, qui reste rouge violacé sur une étendue de 3 centimètres de haut sur 2 centimètres de large. Injection de 8 millièmes de milligramme de tuberculine C. L.

15 *février*. — Aucune réaction.

21 *février*. — Etat stationnaire. Injection de 1 centième de milligramme de tuberculine C. L.

28 *février*. — Aucune amélioration. Injection de 1 dixième de milligramme de tuberculine C. L.

2 *mars*. — La malade a éprouvé le soir même de l'injection une vive douleur au point injecté. Elle a présenté le soir et surtout le lendemain des frissons, un état de malaise général accompagné d'élévation de la température.

Température : 28 février, S. 36°8 ; — 1er mars, M. 37° ; — S. 38°6 ; — 2 mars, M. 37°6.

Au point injecté existe un empâtement diffus profond, douloureux, avec légère élévation thermique locale : érythème léger de la surface. Au niveau de la lésion, réaction

de foyer des plus nettes ; le placard a repris l'aspect qu'il présentait avant le traitement en étendue et en induration.

4 *mars.* — Les réactions s'atténuent. T. 37°1.

6 *mars.* — On constate encore au niveau de la veine un léger empâtement indolore. Au niveau des lésions la rougeur et l'induration sont en voie de régression.

13 *mars.* — Tout phénomène réactionnel a disparu. Le placard d'érythème induré est certainement moins infiltré qu'à la date du 28 février.

Injection de 2 centièmes de milligramme de tuberculine C. L.

15 *mars.* — Aucune réaction locale ou générale. La rougeur a presque complètement disparu ; l'infiltration persiste légère sur une zone ovalaire de 2 centimètres de haut sur 1 cm. 1/2 de large.

Observation XXXIII. — (*id*).

Erythème induré. Traitement par la tuberculine. Guérison. Au bout de 6 mois nouvelle poussée d'érythème induré, en des points autres qu'à la première atteinte. Injection d'Immun Körper de Spengler, disparition rapide des lésions.

Mlle L..., âgée de 20 ans, domestique, vient consulter à l'hôpital Saint-Louis, le 6 mai 1910, pour des rougeurs des membres inférieurs.

Elevée à la campagne, elle n'habite Paris que depuis quatre ans. Elle n'a jamais été malade, ne tousse pas, est bien réglée ; mais depuis son arrivée à Paris elle se dit fatiguée. Ses parents sont vivants et bien portants.

Le début de l'affection remonte à un peu moins de deux ans : par hasard la malade s'est aperçue de la présence, au niveau du mollet gauche, d'une rougeur qui s'est peu à peu étendue ; depuis six mois des lésions analogues sont apparues à droite. Elles sont absolument indolentes.

A l'heure actuelle on constate : à gauche, au niveau du tiers supérieur de la face externe du mollet, un placard irrégulièrement ovalaire, de 5 centimètres de haut sur 3-4 centimètres de large, de coloration rouge violacé ; la peau, à ce niveau, est lisse et brillante ; on note par le toucher une infiltration, un empâtement diffus faisant corps avec les téguments.

A droite, on trouve deux nodules infiltrés du volume d'une noix, situés sur la face externe du tiers moyen de la jambe ; la peau à ce niveau est rouge et lisse sur une étendue de 2 à 3 centimètres. On ne note ni douleur spontanée ni douleur à la pression des nodules.

Il existe des troubles nets de la circulation des membres inférieurs, traduits par une coloration générale livide, un léger degré d'œdème malléolaire.

Les ganglions inguinaux sont perceptibles. L'examen du poumon est négatif. L'intradermo-réaction donne un résultat positif (réaction moyenne).

7 *mai*. — Injection dans le tissu cellulaire sous-cutané de la fesse droite de 4 gouttes de tuberculine au 1/5.000, soit 0 gr. 00004.

10 *mai.* — La malade revient à l'hôpital. Il n'y a pas de réaction au point injecté. Il n'y a pas eu de réaction générale sensible.

16 *mai.* — Injection dans le tissu cellulaire sous-cutané de la cuisse gauche de 4 gouttes de tuberculine au 1/1000, soit 0 gr. 0002.

18 *mai.* — La malade revient à l'hôpital : elle a eu la veille des frissons et, au point injecté, on constate un large placard érythémateux infiltré de 8 centimètres sur 12 centimètres, douloureux.

Les lésions sont peu modifiées.

2 *juin.* — Toute réaction locale a disparu. Les lésions semblent nettement en voie de régression ; le placard infiltré de la jambe gauche a notablement diminué et, surtout, la rougeur a presque complètement disparu ; à droite, les deux nodules sont moins infiltrés, s'amollissent et la rougeur est fortement atténuée, passant au violacé.

Injection dans le tissu cellulaire de la cuisse gauche de 4 gouttes de tuberculine au 1/5000, soit 0 gr. 00004.

4 *juin.* — Pas de réaction générale notable. Au point injecté, un petit nodule *profond*, légèrement douloureux.

15 *juin.* — Toute réaction locale a disparu.

Les lésions sont remarquablement améliorées : à droite, la rougeur et les deux nodules ont disparu, ceux-ci remplacés par une zone dépressible, de tissu plus mou que normalement. La peau à ce niveau présente une légère pigmentation brunâtre.

A gauche, le placard érythémateux est remplacé par une

tache de teinte violacée des dimensions d'une pièce de 5 francs ; il persiste une minime infiltration diffuse au centre de laquelle on perçoit un petit nodule du volume d'un pois. La malade se trouve très améliorée.

Injection sous-cutanée de 4 gouttes de tuberculine à 1/5000, soit 0 gr. 00004.

2 *février* 1911. — La malade n'est pas revenue depuis le 15 juin, et c'est pour une poussé nouvelle qu'elle vient à nouveau consulter. Elle raconte qu'après la dernière injection les lésions ont complètement disparu et, pour ce motif, elle a interrompu spontanément le traitement.

Dans le courant du mois de janvier 1911, elle s'est aperçue de la présence, à la face externe du mollet gauche, d'une petite tuméfaction indolente qui s'est étendue lentement ; la peau est rouge depuis une quinzaine de jours. Depuis quelques jours seulement sont apparues les lésions de la face postérieure des mollets droit et gauche.

Examen. — La malade présente une récidive des plus nette d'érythème induré, mais les nouvelles lésions ont un siège absolument différent de celles qui furent antérieurement traitées.

On note à l'heure actuelle : au niveau du tiers moyen de la face externe du mollet gauche, un placard régulièrement ovalaire, rouge intense, des dimensions d'une pièce de 2 francs ; la peau y est infiltrée, adhérente aux plans profonds ; la tuméfaction et l'infiltration sont plus étendues que la rougeur occupant l'étendue d'une pièce de 5 francs environ. La lésion est absolument indolente. A quelques centimètres plus haut existe un autre nodule du volume

d'une noisette, avec une légère coloration violacée de la peau.

Au niveau du tiers inférieur de la face postérieure du mollet gauche, on trouve trois nodules infiltrés, accompagnés de rougeur diffuse de la peau : le plus inférieur, de forme irrégulière, mesure 5 centimètres de long sur 2 à 3 centimètres de large ; il est très fortement induré.

Au niveau de la face postérieure du mollet droit, partie moyenne, on note la présence de trois nodules profonds du volume d'une noisette, sans modification de la peau. Rien à signer à l'examen des viscères.

La malade est mise en observation avant de reprendre le traitement par la tuberculine.

13 *février*. — Les lésions sont nettement en voie d'extension, en particulier les nodules du mollet droit.

Injection dans le tissu musculaire de la fesse de 2/10 c. c. de la dilution V (au 1/100000) d'Immun Körper IK) de Spengler dilués dans 1 centimètre cube de sérum physiologique.

14 *février*. — Aucune réaction générale ou locale.

15 *février*. — Aucune réaction générale ou locale. T. : 37°1, 37°1.

16 *février*. — Amélioration remarquable des lésions : la coloration rouge est devenue violacée, l'induration et l'infiltration ont diminué d'un tiers, en particulier au niveau du nodule de la face externe du mollet gauche.

18 *février*. — Amélioration persistante.

20 *février*. — Injection de 2/10 c. c. I. K. dilution IV (au 1/10000).

21 *février*. — On ne note ni réaction de foyer, ni réaction locale ou générale. T. : 37°3-37°2.

22 *février*. — Les nodules du mollet droit ont presque complètement disparu.

24 *février*. — Injection de 2/10 c. c. I. K. dilution III (1/1000).

25 *février*. — Aucune réaction locale. T.: 37 degrés, 37°5.

27 *février*. — Les nodules du mollet droit ont complètement disparu, la consistance est égale sur toute l'étendue du tissu hypodermique. A gauche, il ne persiste à la partie moyenne de la jambe qu'un nodule du volume d'un gros pois avec légère teinte violacée des téguments qui le recouvrent. Les autres lésions de la face postérieure ont complètement disparu.

3 *mars*. — Injection de 2/10 c. c. I. K. dilution II (au 1/100).

5 *mars*. — On constate encore à la partie moyenne du mollet gauche un petit nodule du volume d'un pois, sans rougeur des téguments. : 37°5-37°5-37°4.

10 *mars*. — Injection de 1/20 c. c. I. K. dilution I (au 1/10).

11 *mars*. — Aucune réaction locale, T. : 37°5-37°2.

Observation XXXIV (*id.*).

Erythème induré, chez une femme amputée du bras 29 ans auparavant par une tumeur blanche du coude. Traitement par la tuberculine.

Mme B..., âgée de 43 ans, vient consulter à l'hôpital Saint-Louis, le 16 décembre 1910.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 41 ans, de tuberculose pulmonaire ; mère bien portante, âgée de 72 ans.

Antécédents collatéraux. — La malade a eu quatre frères ; trois sont vivants et bien portants : un est mort à 35 ans, de tuberculose pulmonaire.

Antécédents personnels. — La malade présente à l'âge de 9 ans des adénopathies cervicales suppurées d'origine tuberculeuse, pour lesquelles elle est traitée par l'un de nous. A 14 ans, elle est atteinte de tumeur blanche du coude et d'ostéite du tibia.

A 14 ans et demi, on fait pour la tumeur blanche du coude une amputation du bras au tiers supérieur. L'ostéite du tibia guérit en laissant une cicatrice déprimée adhérente.

L'état général après l'intervention s'améliore considérablement ; réglée à 15 ans, mariée à 25 ans, la malade n'a pas présenté d'autre manifestation bacillaire ; elle n'a pas eu de grossesse.

Dans les premiers jours du mois d'octobre 1910 se développent insidieusement, au niveau de la face interne de la jambe droite, de petites tumeurs indolentes qui augmentent de volume lentement. La rougeur de la peau ne remonterait pas à plus d'un mois.

Etat actuel. — La malade présente au niveau de la jambe droite des lésions typiques d'érythème induré de Bazin.

Les éléments sont aux nombre de six, siègent sur la face externe et la face interne du tiers moyen de la jambe. L'infiltration dépasse de beaucoup pour chaque élément la zone érythémateuse. Deux des nodules indurés sont recouverts par la peau normale ; on compte à la face externe deux éléments très infiltrés des dimensions d'une pièce de 2 francs, un nodule du volume d'un pois ; à la face interne, trois éléments des dimensions d'une pièce de 2 francs, dont un ne présente qu'une infiltration légère. Les lésions sont absolumenf indolentes.

A gauche, existent sur les faces interne et postérieure des taches rouges et squameuses sans aucune infiltration même superficielle.

L'examen des différents viscères est négatif ; comme dans les autres observations, l'évolution des lésions est suivie au moyen de calques.

16 *décembre.* — Injection dans la fesse de 1 goutte de tuberculine de l'Institut Pasteur en solution à 1/5000, soit 0 gr. 00001.

24 *décembre.* — Le lendemain de l'injection, la malade a

ressenti un léger endolorissement profond. T. 37°2, 37°1.

Aucune modification des lésions.

Injection de 0 gr. 00001 de tuberculine.

30 *décembre.* — Aucune réaction locale ou générale. On constate une amélioration notable des lésions, l'induration a partout diminué ; le petit nodule de la face externe est à peine perceptible : l'infiltration des éléments de la face interne a fortement diminué, les lésions sont moins étalées, la rougeur est atténuée.

Injection d'un demi-centimètre cube de sérum artificiel.

6 *janvier.* — Etat stationnaire.

Injection de 0 gr. 00002 de tuberculine.

13 *janvier.* — Légère réaction locale, 24 heures après l'injection. T. 37°8.

L'état des lésions est très amélioré, l'induration ne persiste que sur un seul des éléments de la face interne réduite à un nodule des dimensions d'une pièce de 1 franc; la rougeur persiste, mais très atténuée. A la face interne les taches ont fortement pâli ; l'une d'elles présente encore une légère infiltration.

Injection de 0 gr. 00003 de tuberculine.

20 *janvier.* — Aucune réaction locale ou générale.

Température maximum 37°2.

Injection de 0 gr. 00004 de tuberculine.

27 *janvier.* — Aucune réaction locale ou générale.

Amélioration persistante.

Injection de 0 gr. 00008 de tuberculine.

3 *février.* — Aucune réaction locale après l'injection.

Température, 36°6, 37°3, 37°2.

Etat stationnaire des lésions.

Injection de 0 gr. 0001 de tuberculine.

9 *février*. — Aucune réaction locale. Température : 36°5, 37°, 36°7.

A la face interne les éléments ont complètement disparu ; seule persiste au niveau du bord antérieur du tibia une très légère infiltration à la surface de laquelle la peau est souple, se laisse plisser et ne présente aucune rougeur.

Injection de 0 gr. 0002 de tuberculine.

17 *février*. — Aucune réaction locale. Température : 37°2, 37°, 37°4.

Injection de 0 gr.0003 de tuberculine.

24 *février*. — Aucune réaction locale. Température : 37°, 37°, 36°8.

Etat stationnaire.

Injection de 0 gr. 0005 de tuberculine.

4 *mars*. — Aucune réaction locale. Température : 36°2, 36°9, 36°8.

Injection de 1/10 c. c. de la dissolution II (au centième) d'Immun Körper de Carl Spengler.

5 *mars*. — Aucune réaction locale. Température : 36°8, 38°7.

6 *mars* — *Idem*. — Température 36°8, 36°8.

11 *mars*. — Les lésions ont complètement disparu ; la consistance du tissu cellulaire sous-cutané est toutefois un peu plus ferme au niveau du dernier nodule disparu.

Observation XXXV (*id.*).

Erythème induré. Adénopathies cervicales tuberculeuses. Traitement par les Immun Körper de Spengler.

Mlle Apolline M..., âgée de 23 ans, domestique, vient consulter à l'hôpital Saint-Louis, le 10 février 1911.

Antécédents héréditaires. — Son père est mort subitement à 39 ans, d'affection indéterminée ; sa mère est morte à 32 ans.

Antécédents collatéraux. — Sur huit enfants, trois seulement sont vivants, dont un frère de vingt-sept ans bien portant, et une sœur de trente ans. Les autres sont morts en bas âge.

Antécédents personnels. — Née à Paris, elle aurait toujours été maladive ; elle a présenté des adénopathies cervicales dont le début remonte à l'âge de 8 ans et persistant encore à l'heure actuelle ; elles n'ont jamais suppuré. De 12 à 21 ans, elle séjourne dans un orphelinat aux Andelys. Elle est réglée à 17 ans. A 21 ans elle se place comme domestique à la campagne. Au bout d'une année, elle vient se placer comme bonne à tout faire à Paris.

Dans le courant de novembre 1910, elle s'aperçoit pour la première fois d'œdème des membres inférieurs, apparaissant le soir et s'accompagnant d'élancements douloureux. Peu de temps après apparaissent à la face interne et à la

face postérieure de la jambe gauche des « grosseurs » qui augmentent très lentement de volume et ne tardent pas à s'accompagner de rougeur persistante de la peau. Elle se repose complètement pendant un mois, en janvier, mais des tumeurs nouvelles apparaissent du côté droit et du côté gauche.

Examen. — Les lésions sont étendues aux faces interne et postérieure des deux membres inférieurs, de la malléole au tiers supérieur. Elles sont caractérisées par des taches rouge violacé du diamètre d'une pièce de 1 ou 2 francs par places confluentes pour former des placards à contours irréguliers, reposant sur une base infiltrée, ou mieux, indurée, adhérente à la peau, mais assez bien limitée dans l'hypoderme. Quelques nodules siègent sous des téguments d'aspect absolument normal. La topographie et les dimensions des éléments sont relevées au moyen du papier calque : on compte à gauche une vingtaine de nodules, dont un certain nombre réunis forment deux placards, l'un à la face interne, l'autre à la face postérieure ; à droite, huit nodules seulement très indurés, de dimensions variant d'un gros pois à une noisette.

La malade ne présente aucune autre lésion cutanée : dans les régions cervicales et sus-claviculaires droite et gauche, on constate la présence de multiples ganglions durs, indolents, de volume variable, formant une chaîne ininterrompue ; au niveau de l'angle du maxillaire à droite un volumineux ganglion avec périadénite. Aucune lésion pharyngée.

L'examen du cœur, de l'appareil digestif est négatif. La

respiration est légèrement diminuée au sommet du poumon droit.

L'intradermo-réaction à la tuberculine, recherchée le 11 février, donne un résultat positif (réaction forte).

13 *février*. — Injection dans la fesse de 2/10 de c. c. d'Immun Körper (I K) de Spengler dilution V au 1/100.000 dans 1 c. c. de sérum physiologique.

14 *février*. — Aucune réaction locale. T. : 37°4, 37°2.

15 *février*. — Aucune réaction locale. T. : 37°4, 37°3. Amélioration remarquable des lésions : la coloration violacée s'est atténuée, l'infiltration a partout diminué ; au niveau de deux des nodules les plus petits, elle a complètement disparu.

17 *février*. — Même coloration, légère diminution de l'infiltration.

19 *février*. — La malade a assisté au mariage de sa sœur, a dansé toute la nuit : les lésions ne présentent pas d'induration plus forte, la rougeur n'est pas plus accentuée.

20 *février*. — Injection de 2/10 c. c. I. K. dilution IV (au 1/10.000).

21 *février*. — Aucune réaction locale. T. : 37°2, 37°1.

22 *février*. — Amélioration persistante : l'infiltration persiste à gauche, au niveau du placard de la face postérieure, d'ailleurs très diminué d'étendue ; à droite, on ne retrouve que trois nodules à la face interne du mollet, du volume d'un gros pois.

Le ganglion angulo-maxillaire a de même diminué de volume.

24 *février*. — Amélioration persistante.

Injection de 2/10 c. c. I. K. dilution III (au 1/1.000).

25 *février*. — Aucune réaction locale. T. 37°4.

26 *février*. — Toutes les nodosités ont disparu, à peine persiste-t-il, en un ou deux points, une très légère différence de consistance. Les taches violacées, quoique atténuées, persistent et rappellent la topographie des lésions primitives.

3 *mars*. — Injection 2/10 c. c. I. K. dilution II (au 1/100).

4 *mars*. — Pas de réaction locale. T. 37°4, 37°3.

10 *mars*. — Les taches violacées diminuent d'étendue, aucune induration ne persiste.

Injection de 1/20 c. c. I. K. dilution I (au 1/10).

11 *mars*. — Pas de réaction locale. T. 37°2.

Observation XXXVI (*id.*).

Erythème induré. Traitement par la tuberculine.

Mme D., âgée de 27 ans, couturière, vient consulter à l'hôpital Saint-Louis, le 21 janvier 1911.

Antécédents héréditaires. — Ses parents sont bien portants : son père est âgé de 70 ans, sa mère de 71.

Antécédents collatéraux. — Elle a six frères et sœurs bien portants ; un frère est mort en bas âge, de broncho-pneumonie.

Antécédents personnels. — La malade a toujours été chétive ; elle a été réglée à 15 ans, mariée à 23 ans (son mari est bien portant). Elle a eu trois grossesses : le premier enfant est mort d'athrepsie, les deux autres sont bien portants. Pendant la troisième grossesse, la malade aurait eu des hémoptysies accompagnées de sueurs nocturnes, d'amaigrissement ; elle fut traitée à cette époque pour tuberculose au début du sommet du poumon droit. Depuis l'accouchement, l'état général s'est très amélioré et la malade a cessé tout traitement.

En janvier 1909, apparaissent, sans réaction générale, ni fièvre, ni douleurs articulaires, des tuméfactions rouges au niveau des membres inférieurs ; absolument indolentes, elles disparurent sans traitement ; la malade les attribue à la fatigue produite par la machine à coudre.

En décembre 1909, la malade s'aperçoit à nouveau de l'apparition de taches rouges à la face externe de la jambe ; elle est d'ailleurs très imprécise sur l'extension des lésions, qui n'ont véritablement attiré son attention que depuis une dizaine de jours.

Examen. — La malade présente, au niveau des membres inférieurs, des lésions nettes d'érythème induré, caractérisé par des placards rouges et infiltrés, mais remarquables par leur étendue : au niveau de la jambe droite, au tiers moyen de la face externe, quatre placards infiltrés, à contours irréguliers, rose vif ; le plus étendu mesure 6 centimètres de

haut sur 4 centimètres de large, le plus petit 2 centimètres de diamètre ; on observe, de plus, à la face postérieure, deux nodules sans rougeur, du volume d'une grosse noisette, adhérant à la peau. A gauche, un large placard, occupant le tiers inférieur de la face interne, haut de 13 centimètres, large de 8 centimètres, à limite externe imprécise, très infiltré dans sa partie interne, de coloration rouge violacé. On trouve encore, disséminés sur la face externe et sur la face postérieure, huit nodules, du volume d'un gros pois, infiltrés, non douloureux, sans rougeur des téguments, rappelant l'aspect des sarcoïdes sous-cutanés.

Il n'existe aucune autre lésion cutanée.

Rien à signaler du côté du cœur, de l'appareil digestif, de l'appareil uro-génital.

L'examen du poumon révèle au niveau du sommet droit une diminution nette du murmure vésiculaire avec expiration prolongée ; pas de bruits adventices. Augmentation de la transsonance.

La malade est mise en observation.

Intradermo-réaction à la tuberculine positive, forte.

27 *janvier*. — Injection de 1/2 centimètre cube de sérum artificiel contenant 1 goutte de tuberculine de l'Institut Pasteur au 1/5000, soit 0 gr. 00001.

3 *février*. — La malade, qui a continué à travailler, plus même que d'ordinaire, son mari se trouvant sans travail, n'a présenté aucune réaction locale ou générale (T. 37°2, 36°8).

Les lésions sont extrêmement améliorées : l'infiltration du grand placard du mollet gauche a complètement disparu,

sauf au niveau du bord interne où persiste une zone infiltrée des dimensions d'une pièce de 2 francs ; même amélioration à droite. Les autres nodules ont diminué dans des proportions variant du tiers à la moitié de leur volume initial. Ces diverses modifications ont été suivies sur des calques des lésions.

Aucune modification du côté du poumon.

Injection de 2 gouttes de tuberculine à 1/5000, soit 0 gr. 00002.

9 *février*. — Les lésions évoluent nettement vers la régression.

Injection de 5 gouttes de tuberculine à 1/5000, soit 0 gr. 00005.

16 *février*. — La malade n'a pas présenté de réaction locale ou générale sensible (T. 37°3, 36°8, 37°1).

Au point de vue de l'état des lésions, la rougeur a complètement et partout disparu. De l'infiltration, il persite à gauche, au niveau du bord interne du tibia, vestige du grand placard induré, une zone légèrement infiltrée des dimensions d'une pièce de 1 franc ; à droite, une zone de même étendue. Tous les nodules ont presque complètement disparu.

Aucun phénomène nouveau à l'examen du poumon.

Il n'est pas procédé à une nouvelle injection.

La malade, depuis cette époque, n'a pas été revue.

Observation XXXVII

Ravaut. — *L'action du néo-salvarsan et la réaction de Wassermann chez des malades atteints de tuberculides diverses.* Ann. Derm. août septembre 1913.

Au..., âgée de 37 ans, salle Alibert, hôpital Saint-Louis.

Antécédents héréditaires. — 13 frères et sœurs : 9 vivants et 4 morts en bas âge, tous nés avants terme et mort au bout de quelques jours de cause inconnue.

Antécédents personnels. — Pas de maladies antérieures.

Pas de manifestations scrofuleuses.

Un enfant actuellement bien portant.

Pas de fausses couches.

Ovariotomie à l'âge de 30 ans.

Aucun stigmate de syphilis.

20 *mai* 1913. — Apparition de nodosités sous-cutanées au niveau des jambes et des fesses ; deux aux fesses, trois sur la jambe gauche, une au niveau du mollet droit.

Elle est traitée par l'iodure de potassium, des pilules de biiodure et de l'emplâtre de Vigo.

Huit jours après, ulcération du nodule de la jambe en revanche, les nodosités des fesses disparaissent.

20 *juin* 1913. — Réaction de Wassermann, négative (I. Pasteur).

11 *juillet* 1913. — La malade vient consulter à l'hôpital Saint-Louis où elle est traitée par des injections locales de cyanure de mercure.

15 *juillet* 1913. — Réation de Wassermann, négative (I. Pasteur).

14 *août* 1913. — Il persiste au niveau du mollet gauche une ulcération avec induration périphérique. Les autres lésions persistent et ont tous les caractères de l'érythème induré de Bazin.

26 *août* 1913. — Injection de 0,45 de néo-salvarsan. Cicatrisation rapide de l'ulcération et résorption des lésions nodulaires.

2 *septembre* 1913. — Injection de 0,60 de néo-salvarsan. Les lésions sont complètement cicatrisées, les nodules sont disparus et la malade sort sur sa demande de l'hôpital.

3 *septembre* 1913. — Réaction de Wassermann négative. (Ravaut).

Observation XXXVIII (*id.*).

Ph..., âgée de 26 ans, salle Gibert, hôpital Saint-Louis.

Antécédents héréditaires : 0.

Antécédents personnels. — Pas d'antécédents. Pas de

signes de syphilis. Pas de stigmates de tuberculose, sauf ganglions multiples.

En 1907, accouchement à 7 mois d'un enfant qui meurt 4 heures après.

13 *juillet* 1913. — La malade entre à l'hôpital Saint-Louis pour des lésions nodulaires et ulcéreuses, siégeant au niveau des membres inférieurs. Elles sont apparues un mois auparavant insidieusement au cours d'une période de surmenage et de stations prolongées sur les jambes.

Elles ont tous les caractères de la forme nodulaire et de la forme ulcéreuse de l'érythème induré de Bazin.

7 *août* 1913. — Réaction de Wassermann : négative (Gastou).

Injection de 0,45 de néo-salvarsan.

Amélioration très évidente.

14 *août* 1913. — Injection de 0,45 de néo-salvarsan.

28 *août* 1913. — Réaction de Wassermann : négative (I. Pasteur et Ravaut).

31 *août* 1913. — Injection de 0,45 néo-salvarsan. Ces injections ont amené la résorption presque complète de toutes les lésions nodulaires ; les ulcérations sont beaucoup plus longues à se cicatriser. Le traitement sera continué.

CONCLUSIONS

L'érythème induré de Bazin est une dermatose qui se traduit soit par des modules hypodermiques ayant tendance à la résorption spontanée ou non, plus ou moins lente, c'est la forme nodulaire décrite par Bazin ; soit par des nodules hypodermiques ayant tendance à l'ulcération et y parvenant ; c'est la forme ulcéreuse décrite par Hutchinson. Les deux formes s'accompagnent souvent de manifestations tuberculeuses cutanées ou viscérales et sont essentiellement récidivantes.

Etant donné son étiologie, son évolution clinique et ses caractères anatomo-pathologiques, le fait de sa réaction locale à la tuberculine et de la possibilité de son inoculation aux animaux, la présence, enfin, de bacilles de Koch parfois décelés dans les lésions, cette

affection doit être classée dans le groupe des *tuberculides* de Darier, des *tuberculomes* de Thibierge et Ravaut, des *tuberculoses atténuées*, en somme. Il est légitime, donc, de penser que sa pathogénie est celle décrite pour les tuberculides en général, par Gougerot et Laroche.

Son diagnostic doit être fait, pour la forme nodulaire, avec l'érythème noueux, certaines éruptions médicamenteuses, certaines manifestations syphilitiques secondaires ou tertiaires, les sarcoïdes, les phlébites nodulaires ; pour la forme ulcéreuse avec les gommes tuberculeuses ou syphilitiques.

Le traitement de l'érythème induré jusque vers 1909 consistait dans le repos au lit autant que possible et un traitement général approprié qui suffisaient seuls parfois, dans la forme nodulaire, à obtenir la résorption très lente des éléments. Mais, là était loin d'être la règle et malgré l'adjonction de pansements et d'applications multiples et variés, les résultats étaient fort décevants.

En 1909, Thibierge et Darier créaient le traitement *spécifique* de l'affection et montraient qu'avec des injections à très faible dose de tuberculine ou d'une substance analogue, telle que les corps immunisants de Spengler, on obtient des résultats satisfaisants et parfois d'une surprenante rapidité. De plus, fait capital le repos n'est plus nécessaire et, durant le traitement, les malades peuvent vaquer à toutes leurs occupations.

Nous notons enfin, les essais faits tout récemment par

Ravaut, de traitement par le néo-salvarsan, qui semblent avoir été couronnés de succès et avoir répondu à ce qu'on pouvaiten attendre. Leur date si proche ne permet pas de conclure quant à leur action possible sur les récidives.

Vu, le Président :

E. GAUCHER.

Vu, le Doyen :

D. LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Abraham. — *Bazins disease*. D. S. of. G. B., 22 mars 1899, *Brit. J. Derm.*, mai 1899, p. 206.

Afzelius. — Un cas de tuberculides, érythème induré. *Société dermatologique de Stockolm*, 28 janvier 1904.

Alexander. — Folliclis und erythema induratum Bazin. *Berliner klinische Wochenschrift*, 22 août 1904.

Arloing. — Essai de différenciation expérimentale de la scrofule et de la tuberculose humaine. *Lyon médical*, 1887.

Audry. — *Etude sur les lésions de l'Erythème induré de Bazin, et sur la notion de lymphatisme*. A. d. D., 1898, p. 209.

Bazin. — *Leçons sur la scrofule*, 1861, p. 136.

Baum. — Krankenvorstellung. Erythema induratum Bazin. *Berliner Derm. Gesellschaft*, 8 février 1910.

Besnier. — 1° Gommes scrofuleuses. *Dict. encyclop. des sc. méd.*; 2° *Réunions cliniques de l'Hôpital Saint-Louis*.

Brocq. — 1° Erythème induré de Bazin. *Journal de méd. et de chir. pratiques*, 10 août 1909, p. 570; 2° *Traité élémentaire de Dermatologie pratique*, 1907.

Burns. — A case of erythema induratum. *Boston Dermatological Society*, janv. 1905. J. of. C. D., avril 1905, p. 177.

Campbell. — *Erythema induratum. Chicago Dermatological Society*, J. of. C. D., février 1906, p. 84.

Carle. — Erythème induré et tuberculose. *Lyon médical*, 1901.

Croker. — *The connexion of tuberculosis With disease's of the skin. Third international Congress of Dermatology*, London, 1896.

Dade. — 1° *A case of erythema induratum*. N. Y. D. S., 24 janvier 1899; J. of. C. D., juin 1899, p. 273; 2° *A case of érythème*

induré des scrofuleux of Bazin with microscopical findings shawings its non relations hip to tuberculosis, J. of C. D., juillet 1899, p. 304 ; 3° *Case for diagnosis (child about five years withe peculiar eruption ou the backsol the legs) Erythema induratum ? Dermatitis vegetans* ? N. Y. D. S., 24 mars 1908 ; J. of. C. D., juillet 1908, p. 913.

Darier. — 1° *Précis de Dermatologie*, 1909 ; 2° Des tuberculides cutanées. *An. Derm. Syph.* ; 3° D. et Roussy. Des sarcoïdes sous-cutanées. *Arch. med. Exp.*, 1906.

Davis. — *Case for diagnosis Bazin's discase Philadelphia Dermat. Society*, 20 avril 1909. J. of C. D., sept. 1909, p. 419.

Dawson. — *Bazins discase in a man aged 36 Procedings of the royal society of medicine of London-Dermatological section*, 16 décembre 1909, p. 27.

Doutrelepont. — Ueber erythema induratum (Bazin), *Beiträge zur klinik der tuberculose*, 1905, t. III, n° 1.

Ducastel. — Eruption de la face à type lupus érythémateux et érythème noueux des jambes chez une malade atteinte d'adénites tuberculeuses du cou. *Société française de dermatologie*, janvier 1899.

Ehrmann. — Erythema induratum skroful-Bazin. W. D. G., 27 mai 1903. *Arch. f. derm.*, novembre 1903, p. 232.

Evans (W). — *Erythema induratum. D. S. of London*, p. 989, 8 mars 1899. Br. J. D., avril 1899, p. 156.

Feulard. — Erythème induré des jambes chez une jeune fille. *Ann. Derm. Syph.*, Par., 1889, 2, s. x. 206-209. Also, *Réunions cliniques de l'hôpital Saint-Louis*, C. 2. Par., 1888, 9, 52, 54 ; *nodosités des jambes persistant chez une jeune fille ayant présenté, il y a quelques mois, de l'érythème induré des jambes. A. Derm. Syph.*, Paris, 1883, 2, s. x, 883. Also, *Réunions cliniques de l'hôpital Saint-Louis*, C. 2, Par., 1888-9.

Finny. — Erythema induratum. *Medical press and circular*, 31 octobre 1906.

Fordyce. — *A case of erythema induratum Bazin.* Transactions of the international dermatological Congress. N. Y., 1908, vol. I, p. 168.

Fordyce. — *Erythema induratum.* N. Y. D. S., 25 octobre 1910. J. of. C. D., mars 1911, p. 177.

Fordyce, — *Erythema induratum.* N. Y. D. S., 24 janvier. J. of. C. D., juin 1911, p. 342.

Fordyce. — *Lupus erythematosus and Bazin disease.* N. Y. D. S., 28 mars 1911. J. of. C. D., juillet 1911, p. 144.

A. Fournier. — *Maladie de Bazin, type à ulcérations cutanées, type à nodosités sous-cutanées.* S. f. D., 10 mars 1899. Ann. D. S., mars 1899, p, 273.

Colcott Fox. — *The British Journal of Dermatology*, 1893. An the érythème induré des scrofuleux of Bazin, d. 225, 293, 1 pl.

Colcott Fox. — *Erythema induratum des scrofuleux* (Bazin) D. S. of, London, 8 janvier 1897. Br. J. D., septembre 1907, p. 311.

Colcott Fox. — *Case for diagnosis. Erythema induratum* (Bazin) *of atypical localisation.* P. S. of L. *Dermatological section*, 15 décembre 1910, p. 34.

Frender. — *Erythema induratum Bazin.* W. D. G., 26 janvier 1910. A. f. D., mai 1910, p. 125.

Galloway. — Erythema induratum. *Clin. J. London*, 1898-9, XIII, 184-186.

Gastinel. — Voir Thibierge et Gastinel.

Gavazzeni. — *Erythema induratum Bazin-Fox*, M. f. p. D., 15 sept. et 1er oct. 1909, p. 248 et 294.

Gottheil. — *Erythema induratum. Manhattan Dermatological Society*, janvier à avril 1910. J. of. C. D., avril 1911, p. 238 ; — février, mars 1911. J. of. c. D., novembre 1911, p. 611.

Grosz. — Erythema induratum Bazin. W. G. G., 11 mars 1908. *Arch. f. D.*, mai 1909, p. 88.

Grouven. — *Demonstration eines Falls von erythema induratum Bazin-Verhandlungen du deutschen dermatologischen Gesellschaft*, Berne, 12 septembre 1906, p. 324.

Hallopeau et Roy. — Sur un érythème induré de l'avant-bras et ses caractères particuliers. S. f. D., 11 janvier 1906. *Ann. D. S.*, janvier 1906, p. 53.

Harttung. — *Ueber erythème induré de Bazin*, 8e kongress du *Deutsche Dermatologen Gesellschaft in Sarajevo*, 21 septembre 1903. *Archiv. f. D.*, décembre 1904, t. LXXII, p. 430.

Harttung et Alexander. — Weitere betrage zur klinik und histologie des érythème induré de Bazin. *arch. f. D.*, septembre 1904, t. LXXI, p. 385.

Harttung. — Tuberculose typus « Bazin ». *Breslauer dermatologische vereinung*, 1903-1905, a. [f. D., avril 1906, t. LXXIX, p. 447.

Hartzell. — A probable case of erzthema induratum (Bazin). *The*

philadelphia Dermatological Society, 24 novembre 1908, J. of. C. D., mars 1909, p. 129.

Hasegawa. — *Demonstration von erythema induratum Bazin und dessen preparate*, X[e] Kongress du Dermato-Urologischen Gesellschaft in papau osaka, 2-3 avril 1910, *Japanische Zeitschrift fur Dermatologie und urologie*, mai 1910, p. 381.

Herxeimer. — *Fall von Erythema induratum Bazin nebst Bermerkungen ueber die Therapie dieser krankeit. Verhandlungen der deutschen dermatologischen Gesellschaft.* Zchuter kongress Frankfurt, 8-10 juin 1908, p. 315.

Hidaka. — Ueber den nachweiss von Tuberkenbazillen bei Lupus vulgaris lupus erythematosus, erythema induratum Bazin, Lupus pernio, und populo, necrotischen Tuberkulid *Arch. f. d.*, mars 1911, p. 259.

Hirsch. — Ueber erythema induratum. *Arch. f. D.*, mai et juin 1905, t. LXXV, p. 51 et 181.

Hurlbuth. — *Bazin's disease*, D. S. of G. B., 27 mars 1907, p. 311.

Hutchinson. — Bazin's malady, érythème induré des scrofuleux. *Arch. of Surgery*, London, 1893 et 1895.

Isaac. — *Vorstellung eines Falles von Erythema induratum* (Bazin). B. G. D., 13 mars 1912. D., Z., juin 1912, p. 523.

Ito. — Zuvei Fälle von Eryth. ind. Bazin. *Dermato Urologische Gesellschaft* in Tokio, 6 février 1909. *Japanische Zeitschrift fur Dermatologie und Urologie*, mars 1909, p. 214.

Jadassohn. — *Lupus vulgaris und pernio ; Erythema induratum der arme. Verhandlungen der deutschen Dermatologischen Gesellschaft*, 13 sept. 1906, p. 424.

Jeanselme et Chevallier. — Erythème induré de Bazin et injections de tuberculine. *Société médicale des hôpitaux*, 24 mars 1911.

Jonhson. — Inducated Erythema and necrotic granuloma in the same subject. Amer. Derm. Assoc. Philadelphie, mai-juin 1899. *Journ. of Chir. Dermat.*, juillet et novembre 1899, p. 311 et 519 et Trans of americ. dermat. association for 99, p. 62. Observation traduite in *thèse Pautrier*, 1903.

Kingsbury. — Case for diagnosis erythema induratum. New-York Academy of medicine. Section of Dermatology, 3 mai 1910. *Journ. of Chirurg. Dermat.*, juin 1911, p. 350.

Konigstein. — Erythema induratum Bazin in *syrmagozystadenom Wiener Derm. Gesellschaft.*, 3 mai 1911. *Archiv. fur Dermat.*, août 1911, p. 227.

Kraus. — Zur kenntnis des Erythema induratum (Bazin) Dritte mitteilung ueber die entzundliche Atrophie des subkutanen Fettgevebes. *Arch. fur Dermat.*, août 1905, t. LXXVI, p. 185.

Kraus. — Beiträge zur kenntnis des Erythema induratum (Bazin). *Prager medizinische Wochenschrift*, 1905, nos 40-41.

Kren. — Erythema induratum Bazin. Wiener Dermat. Gesellschaft. 12 mai 1909. *Archiv. fur Dermat.*, fin septembre 1909, p. 128.

Kutznitzky. — Ueber dos Erythema induratum Bazin und seinen Zusammenhang mit Tuberkulose. *Arch. f. Derm.*, novembre 1910, p. 227.

Kyrle. — Fall von Lupus erythematosus des gesiths und gleichseitig bestehende Erythema induratum Bazin den Extremitäten Wiener Derm. Gesellschaft, 13 janvier 1909, *Archiv. f. Derm.*, juin 1909, p. 341.

Leopold. — *Fall von Erythema induratum Bazin in der Haut des rechten Obeischenkels Verhandlungen der Breslauer Dermatologischen Vereinigung*, 10 février 1912. A. f. D. *Berichtteil*, avril 1912, p. 420.

Leopold. — *Fall von Erythema induratum Bazin an beiden Armen*, même source et dates.

Leredde. — Tuberculides nodulaires des membres inférieurs. *Ann. Derm. syph.*, 1898.

Lesser. — *Demonstration mikoskropischer Präparate zu dem Fall von Erythema induratum*, B. G. D., 13 mars 1912. D., 7 juin 1812, p. 524.

Little Graham. — Bazin's disease. Derm. soc. of London, 13 juillet 1904, *Brit. Journ. Derm.*, septembre 1904, p. 344.

Little Graham. — Erythema induratum with folliclis. Derm. soc. of London, 10 avril 1907. *Brit. Journ. Dermat.*, mai 1907, p. 172.

Mac Ewen. — Case for diagnosis Erythema induratum ? Chicago dermatological society, 28 février 1908, *Journ. of. Chir. Derm.*, juin 1908, p. 276.

Mac Kee. — Bazin's disease. Manhattan Derm. soc., février-mars 1911, *Journ. of. Chir. Dermat.*, novembre 1911, p. 609.

Mac Kee. — *Erythema induratum New-Yorh Academy of Medicine*, section *in Dermatology*, 7 février 1911. J. of. D., janvier 1912, p. 35.

Mac Leod. — A case of Erythema induratum associated with lupus erythematosus. *Derm. soc. of*, London, 10 octobre 1906. *Brit. Journ. of Derm.*, novembre 1906, p. 406.

Mac Leod. — Erythema inducatum Bazin. Royal Society of medicine dermatological section, 9 décembre 1907, *Brit. Journ. Dermat.*, janvier 1908, p. 16.

Mac Leod. — *Case for diagnosis, erythema induratum, sclerodermie lupus ? Procedings of the Royal Society of medicine of*, London, *Dermatological section*, 26 avril 1911, p. 90.

Maki. — *Demonstration von Erythema induratum Bazin. Dermato-Urologische Gesellschaft in* Tokio, 4 juin 1910, *Japanische Zeitschrift fur Dermatologie und Urologie*, octobre 1911, p. 1146.

Meneau. — Erythème induré des scrofuleux. Arch. clin. de Bordeaux, 1896, v. 289-305. Also, *Mem. et Bull. soc. med. Chir. Bordeaux* (36, 97, 101).

Mine. — *Erythema induratum Bazin. Dermato-urologische gesellschaft in* Tokio, 7 octobre 1911, *Japanische Zeitschift fur Dermatologie*, novembre 1911, p. 1215.

Mine. — *Ueber die therapeutische Wirkung von Tuberkulin auf Erythema induratum Bazin*, même source, 3 février 1911, et pour la 2e, mars 1912, p. 261.

Moller. — Erythème induré de Bazin chez une jeune fille de 22 ans. *Société de Dermatologie de Stockolm*, 22 avril 1909.

Mucha. — *Ueber atypische Formen dès Erythema induratum Bazin und seine Beziehungen zur Tuberkulose*. A. f. D., avril 1911, p. 61.

Nobl. — Erythema induratum. *Wiener Derma. Gesellschaft*, 23 janvier 1907. *Arch. f. Dermat.*, octobre 1907, p. 443.

Nobl. — *Erythema induratum Bazin*. W. D. G., 26 mai 1909. A. f. D., fin septembre 1909, p. 98.

Nobl. — *Papulo-nekrotische Tuberkulid, Erythema induratum*. W. D. G., 27 janvier 1909, A. f. D., juin 1909, p. 342.

Nobel. — *Erythema induratum Bazin*. W. D. G., 11 novembre 1908. A. f. D., mai 1909, p. 96.

Nobel. — *Perkutaner Tuberkulin reaktion in einen Falle Erythema induratum Bazin*. W. D. G., 25 novembre 1908. A. f. D., mai 1909, p. 98.

Noda. — *Ueber Erythema inducatum Bazin*. X° Congress. du dermato-urologische gesellschaft in Japan-Osaka, 2-3 avril 1910. — *Japanische Zeitschrift fur Dermat.*, mai 1910, p. 335.

Oppenheim. — Fall von Erythema induratum Bazin. *Wiener Dermatolog. Gesellsch.*, 12 janvier 1910. *Arch. fur Dermat.*, avril 1910, p. 379.

Oppenheim. — *Kranke mit zwei felhaf ter diagnose, da weder Ery-*

thema nodosum noch Erythema induratum Bazin. W. D. G., 12 juin, A. f. D., *Berictteil*, octobre 1912, p. 12.

Patteson. — Erythème induré des scrofuleux (Bazin) *Brit. J. of Dermat.*, 1893, v. 338 à 340. Also, Dublin. J. M. Sc., 1894, 439-444.

Pautrier. — Thèse 1903.

Philippson. — *Thrombo-phlébite tuberculeuse de la peau. Giornale it del mal. vener, et della pelle*, 1898.

Pick. — Kind mit gleichseitig bestehenden populo-nekrotischen Tuberkulid und Erythema induratum Bazin. *Wiener Derm. Ges.*, 9 février 1910. *Archif. f. Dermat.*, mai 1910, p. 128.

Pisko. — Erythema induratum of Bazin. *Manhattan Dermatological Society*, janvier à avril 1910. *Journal of chir. Dermat.*, avril 1911, p. 237.

Pisko. — Erythema induratum scrofulosorum. *Manhattan Derm. Soc.*, 6 mars 1908. *Journ. of Chir. Dermat.*, novembre 1908. p. 530.

Polland. — *Ein Fall von Lupus erythematosus mit Erythema induratum Derm. Z.*, juillet 1904, p. 482.

Pringle. — Miliary corymbose syphilide, erythema induratum Dermat. Soc. of London, 12 novembre 96. *Brit. Journ. Dermat.*, septembre 1907, p. 319.

Pringle. — Erythème induré des scrofuleux. Derm. S. of London, 11 mars 1891. *Brit. Journ. of Derm.*, septembre 1907, p. 323.

Rasch. — Erythema induratum Bazin, cas atypique avec aspect vésiculaire sur le sommet. *Société Danoise de Dermatologie*, 7 octobre 1903.

Ravaut. — L'action du néo-salvarsan et la réaction de Wassermann, chez des malades atteints de tuberculoses diverses. *Ann. Derm. Syph.*, août-septembre 1913, p. 470.

Ravaut. — Voir Thibierge et Ravaut.

Reines. — Erythema induratum. Bazin. *Wiener Derm. Ges.*, 27 janvier 1909. *Archiv. f. Derm*, juin 1909, p. 342.

Sachs. — *Erythema induratum Bazin*, W. D. G., 1er décembre 1909, A. f. D., avril 1910, p. 377.

Sakurane. — *Ein Fall von Tuberkulide* (Erythema induratum Bazin). *Derm-Urolog. Ges. in Osaka*, 18 septembre 1909. *Japan. Zeitsch. fur Derm. und Urolog.*, novembre 1909, p. 920.

Sato. — *Ueber Erythema induratum Bazin. Dermato-urologische gesellschaft, in* Tokio, 7 décembre 1907. *Japanische Zeitschrift fur dermatologie und urologie*, avril 1908, p. 184.

Schamberg. — An atypical case of erythema induratum. The Philadelphia Dermatological Society, 18 janvier 1909, *Journ. of Chir. Derm.*, mai 1909, p. 221.

Schidachi. — Ueber das Erythema induratum. *Arch. f. Derm.*, mai 1908, p. 371.

Schidachi. — Ueber das Erythema induratum. *Dermat. Urol. Gesel.*, *in* Tokio, 1er décembre 1906. *Japan. Zeitch. f. Derm.*, avril 1907, p. 371.

Scholth M. Doebel. — Besicht uber das Arbeitsjahr, I, VII, 06; I, VII, 07. — Lupus behandlung, hematogener Lupus, Erythema induratum Bazin mit positiver Tuberkulin reaktion. *Archiv. f. Dermat.*, 1908, t. XCII, n° 3.

Shibahara. — *Ein Fall von Erythema induratum Scrofulosorum Bazin japanische Zeitsch. f. Dermat. und Urolog.*, mars 1911, p. 377.

Söllner. — *Ein Fall von Erythema induratum (Bazin) kombiniert mit Lieben scrophulosorum*, M. f. p. D., 15 décembre 1903, p. 545.

Somerville. — Scrofulous Ulcers of the legs (Bazin's disease) successfully treated by high frequency currents. *Brit. Med. Journ.*, 4 février 1905, p. 244.

Tarnella. — Valor de la hygiene en el tratamento del eritema indurado de las jovenes. *Rev. de la hygiene, y pol. san.*, Barcelon, 1896, VII, 90-93.

Takahashi. — *Demonstration von syphilis. Erythema induratum Bazin und nævus piliferis. Dermat. und Urolog. Gesel., in* Tokio, 1er octobre 1910. — *Japan. Zeitsch. f. Dermat. u. Urol.*, novembre 1910, p. 959.

Terebinsky. — Erythème induré de Bazin à côté d'une tuberculide papulo-nécrotique. *Société de Dermat. et Syphiligr. Tarnowsky*, Saint-Pétersbourg, 27 novembre, 10 décembre 1910.

Thibierge. — L'Erythème induré des jeunes filles. *Semaine médicale*, 25 décembre 1895, XV, 545; Also transl., *Gazz. de Osp. Milano*, 1896, XVII, 25-27; Also transl., *Med. Week*, Paris, 1896, IV, 25.

Thibierge et P. Ravaut. — Etode sur les lésions et la nature de l'Erythème induré. *Ann. de Dermat. et Syph.*, juin 1899, p. 513.

Thibierge et Gastinel. — Erythème induré de Bazin. Réaction positive et disparition des éléments primitifs à la suite d'injections intradermiques de tuberculine. *Ann. Derm. Syph.*, 1909, p. 310.

Thibierge. — *Action curative des injections de tuberculine dans l'Erythème induré de Bazin*, volume jubilaire du professeur Barduzzi, Livourne, 1911, p. 477.

Thibierge et Weissenbach. — Traitement de l'Erythème induré de Bazin par les tuberculines. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 30 mars 1911, p. 264.

Thomas. — Erythème induré et tuberculose. *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 24 janvier 1903, p. 49.

Towle. — A case of erythema induratum. *Boston Dermatological Society*, décembre 1903. *Journal of Chirurg. Dermat.*, 1904, p. 134.

Towle. — Erythema induratum tuberculide. Dermatological conference massachussets' general hôpital, 23 avril 1908. *Boston medical and surgical journal*, 1er octobre 1908, p. 438.

Toyama. — *Ein Fall von Erythema induratum Bazin. Dermat. Urol. Gesch., in* Tokio, 4 février 1905. — *Japan. Zeitsch. f. Derm. u. Urolog.*, février 1905, p. 59.

Toyama. — *Nach einmahl ueber Erythema induratum Bazin*, D. u. G., 4 août 1905 ; S. z. f. d. u., avril 1906, p. 175.

Truffi. — *Su an caso atipico di eritema induratadi Bazin. Giorn. Ital. Mal. Ven.*, 1905, t. LXXV, p, 420.

Veichselmann. — *Erythema induratum im Gesicht Berl. Derm., Gaz.*, 1er mars 1904 ; *Derm. Zeitchr.*, juillet 1904, p. 533.

Villanova. — Relaciones causales intre la tuberchlosis cutanea el eritema indurado el prurigo y la pitiriasis de Hebra, *Revista Espanola de dermatologia y Sifiligrafia*, septembre 1911, p. 510.

Weidenfeld. — Erythème induré de Bazin. *Wiener Derm. Ges.*, 11 janvier 1905, *Archiv. f. Derm.*, juin 1905, t. LXXV, p. 420.

Weiss. — Contribution to the study of erythema induratum Bazin. *Journal of the american medical association*, 4 mai 1907, p. 1483.

Weissenbach. — Voir Thibierge et Weissenbach.

Withe. — Erythema induratum. *Boston Dermatological Society*, avril 1908. *Journal. of Chir. Dermat.*, 4 février 1909, p. 92.

Withfield. — *A further contribution to ourk nowledge of erythema induratum*. B. J. D., juillet 1905, p. 241.

SAINT-AMAND (CHER). — IMPRIMERIE BUSSIÈRE.